



Guía de beneficios para empleados

1 DE DICIEMBRE DE 2024 – 30 DE NOVIEMBRE DE 2025



Todos los días, cada uno de los miembros de **Team Select Home Care** desempeña un papel vital para hacer realidad nuestra misión y nuestros valores fundamentales. Nos complace sinceramente reconocer su invaluable aporte ofreciéndole un paquete integral de beneficios para usted y sus seres queridos.

Le invitamos a revisar la información sobre los beneficios que figura en esta guía. Nuestros planes de beneficios son solo una de las muchas formas en que podemos mostrarle nuestra preocupación por usted y su familia.

Contenido de la Guía

CONTACTOS IMPORTANTES	3
ELEGIBILIDAD Y CAMBIOS A MITAD DE AÑO	4
TÉRMINOS Y DEFINICIONES	5
ACERCA DE LA FIJACIÓN DE PRECIOS BASADA EN EL VALOR	6-7
ATENCIÓN MÉDICA Y VIRTUAL	8-13
CUENTA DE AHORROS PARA GASTOS MÉDICOS (HSA)	14
CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES PARA ATENCIÓN DE DEPENDIENTES (DCFSA)	15
RECURSOS DE SALUD Y BIENESTAR	16
PLAN ODONTOLÓGICO	17
PLAN OFTALMOLÓGICO	18
SEGURO CONTRA ACCIDENTES, ENFERMEDAD GRAVE E INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA	19-24
BENEFICIOS ADICIONALES	25

Contactos importantes

Nuestros contactos de beneficios y las compañías aseguradoras colaboran estrechamente con Recursos Humanos para garantizar que sus necesidades de beneficios se atiendan de forma rápida y completa. Si tiene preguntas o necesita más información sobre sus beneficios, comuníquese con los contactos apropiados que se enumeran a continuación.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con:

Equipo de beneficios de Team Select
(602) 603-0495; benefits@tshc.com

Beneficio	Aseguradora	Teléfono	Sitio web
Plan médico	Lucent Health N.º de grupo 100579	(888) 690-1787	www.lucenthealth.com/members
Asistencia con reclamos, búsqueda de proveedores, etc.	Narus Health Concierge	(800) 585-3309	www.narushealth.com/concierge
Medicamentos con receta	Navitus	(844) 268-9789	www.navitus.com
Atención virtual	98point6	(866) 657-7991	www.98point6.com
Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	Pinnacle Bank	(888) 282-2605	www.pnfp.com/hblogin
Cuenta de gastos flexibles (FSA)	Pinnacle Bank	(888) 282-2605	www.pnfp.com/hblogin
Plan odontológico	Metlife N.º de grupo 235398	(800) 942-0854	www.metlife.com
Plan oftalmológico	VSP N.º de grupo 30095638	(800) 877-7195	www.vsp.com
Seguro contra accidentes, enfermedad grave e indemnización hospitalaria	Atlantic American	Preguntas: (866) 458-7502 Reclamos: (866) 458-7499	www.mynylgbs.com
Seguro para mascotas	ASPCA	(877) 343-5314	www.aspcapetinsurance.com/teamselect

Elegibilidad y cambios a mitad de año

Elegibilidad a los beneficios

Si trabaja un promedio de 30 horas o más por semana durante su primer período de medición de seis meses, se le considerará un empleado "de tiempo completo" para la cobertura de beneficios de salud durante el período de estabilidad. Su elegibilidad continua será determinada por el Período de medición estándar. (Tenga en cuenta que también hay un período de administración de un mes después de su período de medición).

Los participantes elegibles incluyen empleados, cónyuges, parejas de hecho (declaración jurada requerida) e hijos dependientes hasta los 26 años.

- La cobertura que elija durante la Inscripción abierta comienza el **1 de diciembre de 2024**.
- Como empleado de horas variables/PRN, la cobertura comienza después de cumplir con el nuevo período de espera de elegibilidad de beneficios.
- La cobertura finaliza si deja de cumplir los requisitos de elegibilidad, se interrumpen los aportes o se cancela la póliza de seguro grupal.

Modificación de beneficios fuera del período de inscripción abierta

Los beneficios que usted elija durante el año del plan de beneficios **2024-2025** permanecerán vigentes hasta el **30 de noviembre de 2025**. No puede realizar cambios en los beneficios que elija hasta el próximo período de inscripción abierta, a menos que tenga un evento habilitante. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (HIPAA) ofrece a los empleados oportunidades adicionales para inscribirse en un plan médico grupal si sufren la pérdida de otra cobertura o determinados eventos de vida. Si rechaza la cobertura en este momento para usted o para sus dependientes elegibles, es posible que pueda inscribirse y/o a sus dependientes elegibles en una cobertura en una fecha posterior, si se produce una pérdida de otra cobertura. Tiene derecho a elegir cobertura durante el año del plan si la cobertura de Medicaid/Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) suya o de su dependiente finaliza debido a la interrupción de la elegibilidad en virtud del programa o si se vuelve elegible para recibir un subsidio de asistencia para primas de Medicaid/CHIP (si está disponible en su estado), siempre que solicite la inscripción en un plazo de 60 días a partir de la pérdida de cobertura o de la elegibilidad para el subsidio de primas.

Eventos de vida habilitantes

Un evento habilitante es un evento personal que puede obligarle a añadir o suprimir la cobertura para usted y/o sus dependientes.

Los eventos de vida habilitantes incluyen:

- Matrimonio, divorcio o separación legal
- Nacimiento o adopción de un hijo dependiente
- Fallecimiento del cónyuge o de un hijo dependiente
- Ganancia o pérdida de cobertura para usted o sus dependientes elegibles
- Cuando un hijo dependiente cumple 26 años

Fecha límite importante para los cambios en los eventos habilitantes

Debe realizar cualquier cambio de cobertura en un plazo de 30 días a partir del evento habilitante. Informe este cambio a Recursos Humanos, junto con toda la información que tenga, dentro del plazo de **30 días**, excepto en el caso de un evento de elegibilidad de Medicare o Medicaid, en cuyo caso debe realizar los cambios dentro de los 60 días posteriores al evento.

Debe incluir la documentación que justifique el evento habilitante. Si no cumple el plazo o no presenta la documentación justificativa, no se aprobarán los cambios. Póngase en contacto con Recursos Humanos dentro de los **30 días** si tiene alguna pregunta o cree que puede calificar para un cambio en las elecciones.

Nota: En el caso de que no cumpla con el plazo de **30 días** para informar un evento habilitante, Team Select no podrá realizar cambios retroactivos en la inscripción debido a las regulaciones tributarias del IRS (incluidos los costos mensuales en los que el empleado pueda haber incurrido).

Revisión y actualización de sus beneficiarios

Actualizar periódicamente las designaciones de beneficiarios de cuentas financieras como seguros de vida y planes de jubilación es crucial para garantizar que los activos vayan a los destinatarios previstos.

Hay beneficiarios primarios, que reciben primero los activos y beneficios, y beneficiarios contingentes, que los reciben si los beneficiarios primarios no están disponibles.

Para evitar errores comunes, actualice las designaciones de beneficiarios después de cambios importantes en la vida, como matrimonio, divorcio, fallecimiento de un cónyuge o hijo, nacimiento de un hijo o evento similar que altere su familia. También debe actualizar su lista de beneficiarios si un beneficiario cambia su nombre (por ejemplo, por matrimonio).

Solicite orientación a su departamento de recursos humanos si no está seguro de cómo realizar cambios en sus beneficiarios.

Términos y definiciones

Antes de repasar nuestros beneficios, eche un vistazo a algunos términos que pueden resultarle útiles para comprender y comparar los planes que le ofrecemos. Si aprende algunos términos clave sobre seguros, estará más informado y comprenderá mejor qué incluye exactamente la cobertura de su seguro.



Deducible: monto de los gastos médicos que tiene que pagar con su propio dinero antes de que su plan empiece a pagar algo.



Deducible integrado: Un deducible integrado asigna un deducible separado a cada individuo cubierto dentro de una familia, y los beneficios se aplican después de que se alcanza el deducible individual. Esto puede aplicarse o no a sus planes.



Deducible compartido: Un deducible compartido combina deducibles individuales dentro de una familia, lo que requiere que los gastos totales de los servicios cubiertos alcancen un umbral combinado (el deducible familiar) antes de que comience la cobertura del seguro. Esto puede o no aplicarse a sus planes.



Coseguro: después del deducible (si aplica), usted y el plan comparten los gastos. Por ejemplo, si el plan paga el 80%, su cuota de coseguro es del 20%. Se le facturará el coseguro después de la visita.



Copago: cuota fija que se paga en lugar del coseguro por algunos servicios médicos, por ejemplo, una visita a la consulta del médico. Usted abona el copago al momento de recibir la atención médica.



Máximo de gastos de bolsillo: le protege de las grandes facturas médicas. Una vez que los gastos "de su propio bolsillo" alcanzan este monto, el plan paga el 100% de la mayoría de los gastos elegibles durante el resto del año del plan.



Dentro y fuera de la red: Los servicios dentro de la red siempre serán la opción más barata. Los servicios fuera de la red costarán más o puede que no estén cubiertos.



Facturación de saldo: los proveedores dentro de la red no pueden facturar más de lo permitido por el plan, pero los proveedores fuera de la red sí. Por ejemplo, si la tarifa del proveedor es de \$100, pero el plan solo permite \$70, un proveedor fuera de la red puede facturarle los \$30 adicionales. Es lo que se denomina facturación de saldo.

Ahorre con la fijación de precios basada en el valor

Siempre trabajamos para garantizar que los proveedores cobren un precio justo por los procedimientos médicos. Es por eso que utilizamos planes con fijación de precios basada en el valor (VBP), diseñados para cuidar a los miembros y, al mismo tiempo, reducir los gastos de bolsillo.

¿Qué es la fijación de precios basada en el valor?

A diferencia de los PPO, HMO y otros planes con los que puede estar familiarizado, la VBP está diseñada para reducir los costos médicos para usted y DSG. La fijación de precios basada en el valor es una forma transparente de determinar cuánto se pagará a los hospitales por determinados servicios.

Con la VBP, el plan médico fija un precio máximo que paga por determinados procedimientos médicos (el "precio de referencia"). El precio de referencia se basa en el monto que paga Medicare por los mismos procedimientos, más un porcentaje. Los máximos se fijan teniendo en cuenta el lugar de residencia, por lo que varían en función de este.

Procedimiento de ejemplo	Plan médico tradicional	Nuestro plan VBP para 2025
PRECIO INICIAL	\$75 000 (lo que el hospital <i>quiere</i> facturar)	\$15 000 (lo que pagaría Medicare)
PRECIO DEL PLAN	\$45 000 (el hospital acepta el 60% de la factura)	\$22 500 (el hospital acepta el 150% de Medicare)
COSEGURO	Usted paga el 20%	Usted paga el 20%
SU FACTURA	\$9000**	\$4500**

**Usted paga el deducible y el coseguro indicados, hasta el máximo de gastos de bolsillo anual.

Atención hospitalaria y atención de emergencia

La fijación de precios basada en el valor es una forma transparente de determinar cuánto se les pagará a los hospitales por determinados servicios, como los procedimientos. Funciona reembolsando a los hospitales en función de un precio de referencia: *Medicare* (más un porcentaje). Al ser totalmente transparente y basarse en los costos, el resultado final es un precio justo tanto para el hospital como para el paciente. La fijación de precios basada en el valor proporciona un acceso abierto a los centros sin restricciones de red.

SE REQUIERE CERTIFICACIÓN PREVIA: para recibir el máximo de beneficios, llame de 5 a 10 días antes de TODAS las admisiones hospitalarias y servicios hospitalarios ambulatorios. En caso de una verdadera emergencia que ponga en peligro su vida, visite el hospital más cercano para recibir atención. *Llame dentro de las 48 horas siguientes a una admisión de emergencia.* Se recomienda la notificación previa para admisiones por embarazo. Durante el proceso de precertificación se informa al centro del precio permitido por el plan. Usted será responsable de pagar su deducible/coseguro.

[Llame al \(877\) 499-1774](tel:(877)499-1774) o visite www.lucenthealth.com/precert. La certificación previa no es garantía de beneficios ni de pago.

En algunos casos, se le puede mencionar que un centro distinto al recomendado por su médico le proporcionará un mejor beneficio dentro del plan. Si es posible, es mejor optar por un centro que trabaje bien con el plan. Si tiene alguna pregunta sobre qué centro utilizar, póngase en contacto con **Narus Concierge** al (888) 585-3309 para solicitar ayuda.

Fijación de precios basada en el valor: preguntas y respuestas

¿Cómo encuentro un centro?

Normalmente, su médico le recomendará un centro para realizar el procedimiento. Su tratamiento será

precertificado según las directrices del plan. El precio que el plan permitirá por el procedimiento se basa en las tarifas establecidas por Medicare. Durante el proceso de precertificación se informa al centro del precio permitido por el plan. Usted será responsable de pagar su deducible/coseguro.

En algunos casos, se le puede mencionar que un centro distinto al recomendado por su médico le proporcionará un mejor beneficio dentro del plan. Si es posible, es mejor optar por un centro que trabaje bien con el plan. Si tiene alguna pregunta sobre qué centro utilizar, póngase en contacto con Narus Concierge para obtener ayuda.

¿Qué ocurre cuando recibo una factura?

¿Cómo sé si mi factura es correcta? Cuando reciba una factura del centro, compárela SIEMPRE con la Explicación de beneficios (EOB) de Lucent Health. Si el monto de la factura no coincide con el de la EOB, se le está facturando el saldo.

¿Qué debo hacer si recibo una facturación de saldo? Si un monto facturado no se corresponde directamente con el monto reflejado en su EOB, póngase en contacto con Narus Health inmediatamente llamando al (888) 585-3309. Nunca tendrá que pagar más que el máximo de gastos de su bolsillo.

Su EOB se ve de esta forma:

Lucent Health
Lucent Health
PO BOX 1984
Nashville, TN 37202

Page 1 of 1
888 (37487) 1 of 1

Explanation of Benefits
RETAIN FOR TAX PURPOSES
THIS IS NOT A BILL

Forwarding Service Requested

Custom Service Information
If you have questions regarding claims, please call customer service at 844-734-3614
Group Name: PETER PAN COMPANY
Date: 03/24/2020
EOB #: 2003241174

Claim #: 202012180648
Patient: WENDY DARLING
Provider Name: LA FAMILY MEDICAL CENTER
Patient #: SC185269
Insured Name: WENDY DURLING

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Date	Proc. Code	Description	Billed Amount	Net Covered	Reason Code	Reductions	Priority Amount	Covered Amount	Co-pay/Co-insurance	Co-pay Amount	Co-insurance %	Payment Amount
12/09-12/09/2020	96114	OFFICE VISIT	\$240.00	\$0.00	1	\$96.53	\$0.00	\$143.47	\$0.00	\$240.00	100%	\$123.47
Column Totals			\$240.00	\$0.00		\$96.53	\$0.00	\$143.47	\$0.00	\$240.00		\$123.47
Other Insurance Credits											\$0.00	
Total Payment Amount											\$123.47	

13 - Patient's Responsibility: \$20.00

14 - Plan Status

Member Name	Description	Year	Satisfied
JOEL	MAJOR MEDICAL DED	2019	\$1,500.00
JOEL	MAJOR MEDICAL COIP	2019	\$3,801.82
Family Totals:	MAJOR MEDICAL DED	2019	\$1,500.00
Family Totals:	MAJOR MEDICAL COIP	2019	\$3,801.82

17 - Reason Code Description
1 Claim Replaced According to Medicare Guidelines.

Additional Information
If you receive a balance bill from your provider call the Patient Advocacy Center at (888) 637-2237.

How to Read Your Explanation of Benefits - (EOB)

1. Patient number to call your deductible claim agent for questions or benefit information.
2. Employer/Group, EOB Number, Date the check run generated and Check Number.
3. Claim Number: Document control number generated by Lucent Health.
4. Total Charge: The amount billed by your provider.
5. Net Covered: Amount considered not eligible or not insured under the plan.
6. Reason Code: A code to explain amounts not covered by the plan.
7. Claims Reductions
8. Priority Amount
9. Covered Amount: The amount payable to the provider for services rendered minus any eligible and/or amount amounts if applicable.
10. Deductible Amount: Amount applied towards patient's deductible.
11. Co-pay/Co-insurance: Copayment amount due to provider at time of service.
12. Patient: The insurance amount paid by the plan.
13. Payment Amount: amount remaining after applying co-insurance percentages.
14. Treatment Date: The date services were provided.
15. Patient Responsibility: The amount the patient is responsible to pay the provider.
16. Plan Status: Accumulations that have been satisfied.
17. Reason Code Description: Description of the amount not covered under the plan.

Plan médico

Nuestros beneficios del plan médico se brindan a través de **Lucent Health** mediante su elección de la red **PHCS** o la red **PPO de Cigna Choice Fund**. La siguiente tabla describe cómo se pagan algunos de los servicios más frecuentes cuando usa nuestros planes médicos. Mientras que la red PHCS es *de acceso abierto, lo que significa que todos los reclamos se pagan al nivel "dentro de la red" sin importar dónde vaya para recibir atención*, la red PPO de Cigna Choice Fund sí tiene beneficios dentro y fuera de la red. Pagará menos por la atención que reciba de un médico dentro de la red.

Beneficios médicos	Plan de copago de \$5000	Plan de copago de \$1000	Plan HDHP con HSA
Redes	PHCS o PPO de Cigna Choice Fund		
Año del plan Deducible individual	\$5000	\$1000	\$5000
Año del plan Deducible familiar	\$10 000 Integrado	\$2000 Integrado	\$10 000 Integrado
Año del plan Individual Máximo de gastos de bolsillo	\$9450	\$9450	\$8050
Año del plan Familiar Máximo de gastos de bolsillo	\$18 900	\$18 900	\$16 100
Su parte del coseguro	20% después del deducible (AD)	20% después del deducible (AD)	20% después del deducible (AD)
Cuenta de ahorros para gastos médicos admitidos	No	No	Sí
Atención preventiva	Se cubre al 100%		
Visita al consultorio del médico de atención primaria	Copago de \$20	Copago de \$20	Usted paga el 20% AD
Visita al consultorio del especialista	Copago de \$40	Copago de \$40	Usted paga el 20% AD
Visitas virtuales de MDLive	El monto pagado varía	El monto pagado varía	Usted paga el 20% AD
Atención de urgencias	Copago de \$75	Copago de \$75	Usted paga el 20% AD
Sala de emergencias	Usted paga \$500 de copago	Usted paga \$500 de copago	Usted paga el 20% AD
Servicios de hospitalización	Usted paga el 20% AD	Usted paga el 20% AD	Usted paga el 20% AD
Servicios ambulatorios de radiodiagnóstico y laboratorio	Usted paga el 20% AD	Usted paga el 20% AD	Usted paga el 20% AD
Major Lab: resonancia magnética, tomografías por emisión de positrones y tomografías computarizadas	Copago de \$500	Copago de \$500	Usted paga el 20% AD
Medicamentos con receta (suministro para 30 días; la farmacia CVS está excluida de las farmacias dentro de la red)			
Nivel 1 Genérico	Copago de \$15	Copago de \$15	Copago de \$15 AD
Nivel 2 Marca preferida	Copago de \$30	Copago de \$30	Copago de \$30 AD
Nivel 3 Marca no preferida	Copago de \$60	Copago de \$60	Copago de \$60 AD
Nivel 4 Especialidad	Paga el 25% hasta \$500	Paga el 25% hasta \$500	25% hasta \$500 AD
Medicamentos con receta de pedido por correo (Suministro para 90 días)	Copago minorista de 2.5 veces	Copago minorista de 2.5 veces	Copago minorista de 2.5 veces AD

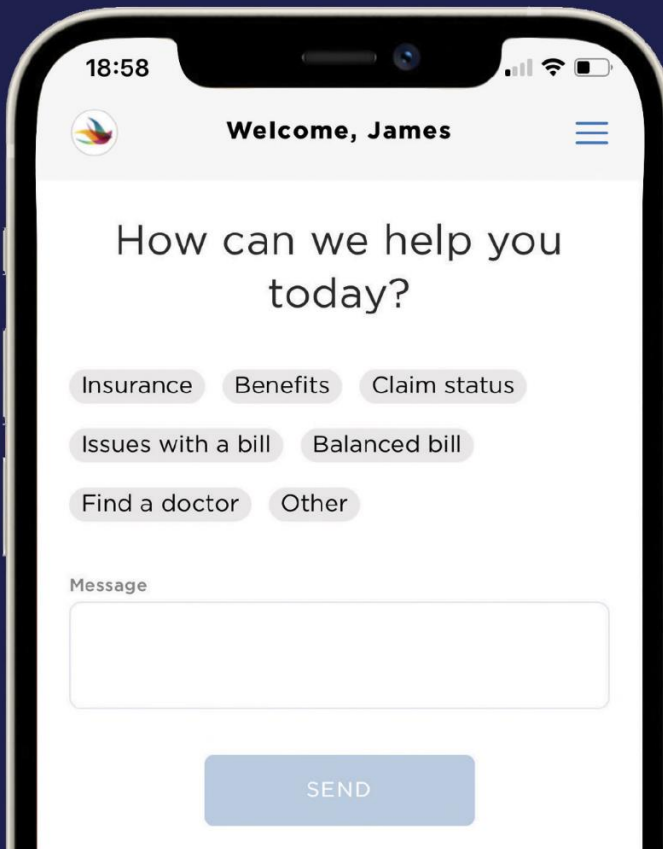
Consulte la documentación de su plan para conocer todos los detalles y las exclusiones.

Comparación de redes médicas

¿Necesita ayuda para encontrar un proveedor o un centro que pueda utilizar? Comuníquese con Narus Health al (888) 585-3309.

Servicios del plan médico	PHCS	Cigna Choice Fund PPO
Cómo encontrar un proveedor	Visite https://portal.hstechnology.com/PHCS o llame al (888) 585-3309	Visite https://hcpdirectory.cigna.com/web/public/consumer/directory , inicie sesión en su cuenta de myCigna account, o llame al (888) 585-3309
Administrador del plan	Lucent	Lucent
Opciones de planes	Tres opciones de planes médicos para elegir	Tres opciones de planes médicos para elegir
Beneficios dentro de la red	Todos los proveedores y centros se consideran dentro de la red o de acceso abierto	Elegir proveedores y centros contratados de Cigna resultará en gastos de bolsillo más bajos
Beneficios fuera de la red	N/C	Tendrá gastos de bolsillo más altos si elige un proveedor fuera de la red
Cargos del centro	Potencial de gastos de bolsillo más bajos	Los reclamos se pagan y procesan en montos contratados previamente negociados por el proveedor de Cigna
Programas de medicamentos con receta de Navitus	Igual para PHCS y Cigna	Igual para PHCS y Cigna
98.6 Virtual Visits	Disponible para las tres opciones de planes médicos	Disponible para las tres opciones de planes médicos
Narus Concierge Care Services	Disponible para las tres opciones de planes médicos	Disponible para las tres opciones de planes médicos
Patient Advocacy Center (PAC) con HST	Disponible para las tres opciones de planes médicos	N/C – Los reclamos se pagan y procesan en montos contratados previamente negociados por el proveedor de Cigna
Portal para miembros de Lucent Health	Disponible para las tres opciones de planes médicos	Disponible para las tres opciones de planes médicos
Aportes al plan médico	Aportes más bajos por período de pago	Aportes altos por período de pago
Red de médicos	PHCS para todos los estados, excepto los participantes de Texas, Washington e Indiana. Para TX, WA e IN: su red de médicos es la red HealthSmart.	PPO, Choice Fund PPO

Consulte la documentación de su plan para conocer todos los detalles y las exclusiones.



Su conserje de Narus Health:
Llame al 888-585-3309

Los miembros obtienen un número de teléfono dedicado y pueden hablar con un miembro del equipo de atención de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. CST y obtener ayuda directa con diversas necesidades relacionadas con la atención médica.

Los miembros tienen acceso al equipo de atención de conserjería de Narus Health para:

- Encontrar un médico o especialista
- Discutir un debate sobre la salud
- Obtenga ayuda con un proyecto de ley o explicación de beneficiarios (EOB)
- Solicitar un resurtido de medicamentos
- Haga preguntas sobre coseguro y reclamaciones
- Obtenga ayuda con varios problemas de proveedores (por ejemplo, lista de proveedores de red, programación de citas, suministro de VOB, nominación de proveedores de la red, etc.)
- Encuentre un centro que acepte los beneficios del seguro contratado por Lucent Health
- Navegar por los problemas previos a la certificación
 - Obtenga apoyo cuando una instalación rechaza la aceptación de la cobertura
- Coordinar con los recursos de Lucent Health para realizar el pago en el punto de programación
- Solicitar una tarjeta de identificación nueva o de reemplazo

El Programa de Atención de un Conserje

está diseñado para la participación directa de los miembros: el Equipo de Apoyo de Atención está disponible para responder a las necesidades de los miembros del plan de manera segura y confidencial, ya que se comunican por teléfono o mensajes de texto móviles.

El equipo de apoyo a la atención también tiene acceso directo a los recursos internos de Lucent Health para ayudar a resolver el asunto de manera eficiente y efectiva.

Conserje:

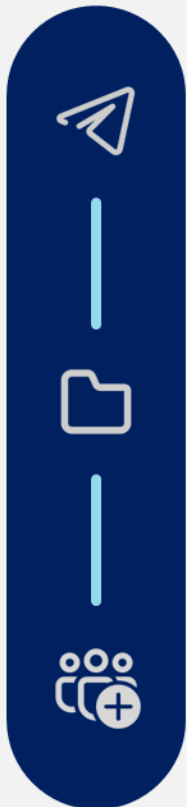
Miembro #: **888-585-3309**

Sitio web: **www.narushealth.com/concierge**

Atención a su alcance

La aplicación Narus Health MPOWER™ les ofrece a usted y a su familia una forma sencilla y cómoda de gestionar todos los aspectos de su atención.

Al proporcionar una mejor experiencia asistencial y permitir de forma segura la elaboración de informes de bienestar, mensajería, contactos consolidados y números de teléfono clave, Narus Concierge está a su alcance.



Mensajería segura

Mensajería cifrada y privada entre usted y el equipo de conserjería y atención de Narus Health.

Organización de datos importantes

Acceda y descargue rápidamente registros, documentos y otros datos importantes para su atención médica. La aplicación MPOWER™ amplía sus funciones según su inscripción en el programa y la información que registre.

Contactos médicos sencillos

Creamos una lista de contactos médicos importantes para usted. La ayuda está a tan solo un clic de distancia.

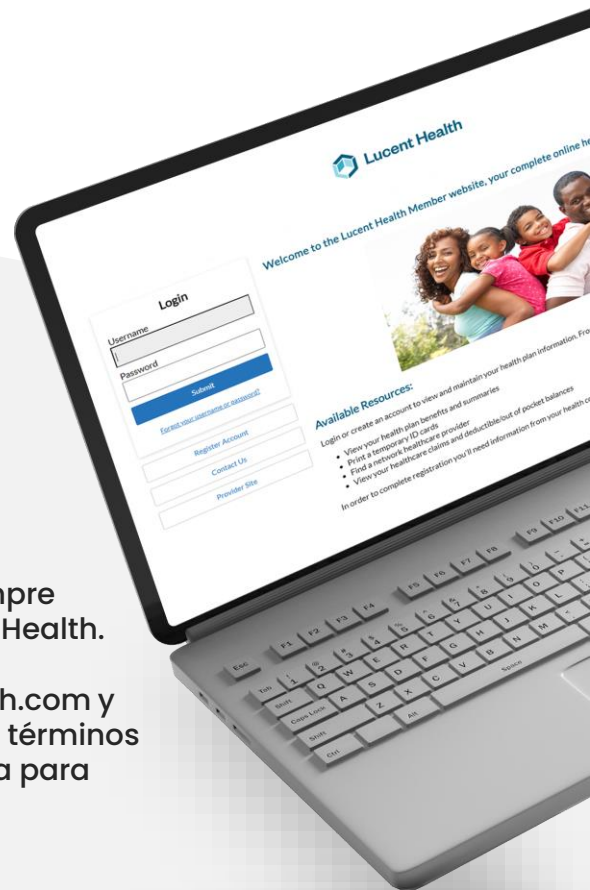


¿Preguntas? Póngase en contacto directamente con Narus Concierge al (888) 585-3309; concierge@narushealth.com

Lucent Health Portal para miembros

Tanto si se enfrenta a un problema de salud repentino como si está planeando un procedimiento o tratamiento, estamos aquí para ayudarle. Si necesita atención, tiene preguntas o está buscando recursos, la asistencia está siempre a un clic de distancia en su Portal para miembros de Lucent Health.

¿Tiene a mano su tarjeta de identidad? Visite mylucenthealth.com y haga clic en Register Account (Registrar cuenta). Acepte los términos y condiciones y cree un nombre de usuario y una contraseña para acceder al portal.



Explore su cobertura

Acceda a información detallada sobre los beneficios y resúmenes de su plan de salud. Comprenda el alcance de su cobertura y tome decisiones informadas sobre sus necesidades de atención médica.



Acceso móvil a la tarjeta de identificación

Imprima tarjetas de identificación temporales al instante, lo que le garantiza un acceso rápido y cómodo a los datos de su seguro médico siempre que los necesite.



Localizar proveedores de confianza

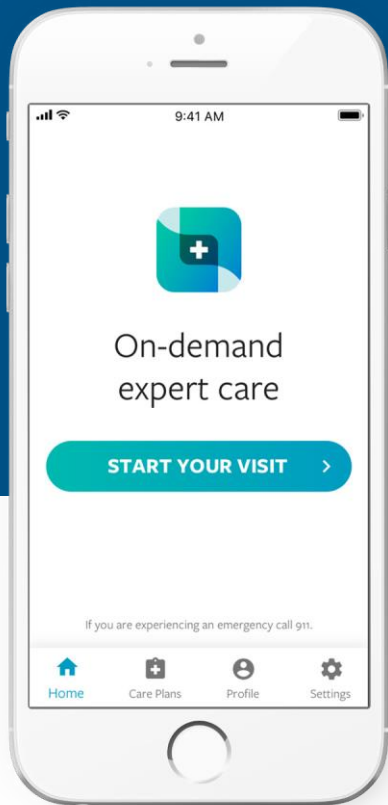
Encuentre fácilmente un proveedor de atención médica que se adapte a sus preferencias y necesidades.



Claridad financiera

Nuestro portal proporciona una visión transparente de sus responsabilidades financieras, ayudándole a gestionar y planificar los costos de atención médica de forma más eficaz.





98point6

Reciba atención en cualquier lugar.

98POINT6 YA ESTÁ DISPONIBLE

Nuestros médicos brindan atención primaria a pedido: consultas médicas, diagnósticos, tratamientos, recetas, laboratorios, seguimientos y recordatorios.

Mensajería privada en la aplicación con los médicos de 98point6, dondequiera que la vida lo lleve.



Durante su viaje al trabajo



Mientras está enfermo en la cama



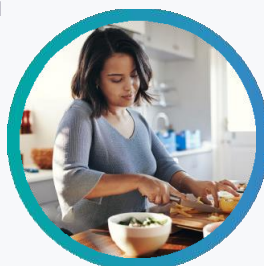
Durante un descanso



En el juego de béisbol



Disfrutar del aire libre



Mientras preparas la cena



Mientras te relajas en casa

Sin cita, sin sala de espera y sin reclamaciones de seguros.

www.98point6.com/members

98point6

Team **Select**
HOME CARE

Cuenta de ahorros para gastos médicos

Si está inscrito en nuestro **Plan HDHP** y ha elegido una Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA), sus aportes están exentos de impuestos, lo que significa que ahorra tanto en impuestos FICA como en impuestos federales cuando aporte a través de la nómina. Los fondos de su HSA se pueden usar para pagar gastos médicos, odontológicos u oftalmológicos no reembolsados para usted y sus dependientes, ya sea que estén cubiertos o no por su plan de salud. Incluso puede utilizar los fondos para pagar las primas de COBRA, atención a largo plazo y Medicare (pero no Medigap). Su HSA funciona como una cuenta bancaria personal: no existe la regla de "Úselo o piérdalo". Los fondos permanecen en su cuenta hasta que los necesite, aunque cambie de trabajo o se jubile.

La HSA no es una característica automática de la inscripción en un HDHP; es una solicitud separada que debe realizar con **Pinnacle**. Si desea configurar un depósito directo en su HSA, debe proporcionar la nómina con su cuenta HSA y números de ruta. Al igual que con otros depósitos directos que ya tenga, puede aumentar, disminuir, iniciar o detener sus aportes a la HSA a lo largo del año.

¿Quién puede abrir y financiar una HSA?

Cualquiera que:

- esté cubierto por un HDHP admitido (HSA OAP); y
- no cubierto por otro plan médico que no sea un HDHP calificado, incluidos Medicare, Medicaid, TriCare, VA y/o una Cuenta de Gastos Flexibles para Atención Médica (FSA), incluida la FSA de un cónyuge.

¿Cuánto puedo aportar a una HSA?

El IRS establece un límite de aporte cada año calendario.

Para 2024, los límites de aporte son:

- \$4150 para la Cobertura individual: solo usted en el plan
- \$8300 para la Cobertura familiar: usted y cualquier número de dependientes

Para 2025, los límites de aporte son:

- \$4300 para la Cobertura individual: solo usted en el plan
- \$8550 para la Cobertura familiar: usted y cualquier número de dependientes

Si tiene 55 años o más, puede aportar hasta \$1000 más que los límites indicados aquí

¿Qué pasa si establezco un HSA a mitad de año?

Por lo general, sus aportes a la HSA se determinan mensualmente. Si crea una HSA a mitad de año, podrá realizar el aporte de todo el año, siempre que sea elegible el 1 de diciembre de ese año y siga siendo elegible para realizar aportes a la HSA durante el siguiente año calendario.

¿Cómo realizo aportes a mi HSA? Puede aportar a su HSA mediante deducciones de nómina.

¿Dónde puedo encontrar una lista de gastos admitidos? Consulte la lista que se encuentra en irs.gov, busque la Publicación 502.

¿Cuándo puedo empezar a utilizar los fondos de mi HSA?

Puede utilizar los fondos de su HSA cuando estén disponibles. Puede reembolsarse los gastos calificados del HDHP meses o incluso años después si conservó los recibos y su HSA se estableció cuando ocurrió el gasto.

¿Puedo utilizar mi HSA para pagar gastos no admitidos?

Los retiros de gastos no calificados están sujetos al impuesto sobre la renta y a un recargo del 20% hasta los 65 años. Después de los 65 años, los retiros de gastos no calificados no tienen recargo, pero siguen estando sujetos al impuesto sobre la renta.

¿Qué sucede con mi HSA si dejo a mi empleador? La HSA es suya. Si sigue cumpliendo los requisitos de elegibilidad para financiar la cuenta, puede seguir realizando aportes a su HSA. Si ya no es elegible a ingresar fondos en la cuenta, podrá seguir gastando el dinero (libre de impuestos) en gastos admitidos.

¿Puedo utilizar el dinero de mi HSA para pagar los gastos de atención médica de mis dependientes?

Puede utilizar el dinero de su HSA para pagar los gastos de atención médica de su cónyuge elegible o hijos dependientes, incluso si no están cubiertos como sus dependientes. Consulte la Sección 152 del Código de Rentas Internas para determinar si su cónyuge y/o hijo es un dependiente elegible.

¿Pueden las parejas establecer una HSA "conjunta" y ambos realizar aportes, incluidos los Aportes de "nivelación"?

No se permiten HSA "conjuntas". Cada cónyuge debería considerar la posibilidad de establecer una HSA a su propio nombre. De este modo, ambos podrán realizar aportes de nivelación cuando cumplan 55 años o más.

Cuenta de gastos flexibles para atención de dependientes

Tiene la oportunidad de pagar los gastos de atención de dependientes de su bolsillo con dinero antes de impuestos con una Cuenta de Gastos Flexibles para Atención de Dependientes (DCFSA) a través de **Pinnacle**. Estos gastos incluyen preescolar, campamento de verano, programas antes o después de la escuela y guarderías para niños o adultos. Es una forma inteligente y sencilla de ahorrar dinero mientras cuida a sus seres queridos para que pueda seguir trabajando.

Los aportes a su DCFSA se descuentan de su cheque de pago antes de que se deduzcan los impuestos. Esto significa que usted no paga impuestos federales sobre la renta o FICA sobre la parte de su cheque de pago que aporta a su FSA. Tan pronto como su cuenta esté financiada, podrá usar su saldo para pagar muchos gastos elegibles de atención de dependientes. Solo puede utilizar los fondos disponibles en su cuenta, no el monto total de la elección.

Debe aportar la cantidad de dinero que espera pagar de su bolsillo por los gastos elegibles incurridos durante el año del plan. Todo el dinero que quede en la cuenta cuando finalice el período de gracia se perderá; esta es la regla de "Úselo o piérdalo".

Haga su tarea y tenga en cuenta los gastos conocidos. Tome una decisión informada cuando elija su aporte para el año. Las elecciones de la DCFSA solo se pueden cambiar durante la Inscripción Abierta o debido a un evento habilitante.

NOTA IMPORTANTE: Si va a financiar una HSA, no podrá participar en la FSA para atención médica. Según las directrices del IRS, los aportes a la FSA deben elegirse cada año.

Año del plan: del 1 de diciembre al 30 de noviembre de 2025

Límite de aporte anual para atención de dependientes en 2024: \$5000



FSA para atención de dependientes

Una FSA para atención de dependientes se utiliza para reembolsar los gastos relacionados con el trabajo mientras usted o su cónyuge trabajan, buscan trabajo o asisten a la escuela a tiempo completo y se encuentran físicamente incapacitados para cuidar de su dependiente. Los gastos elegibles cubren el cuidado de niños menores de 13 años o de dependientes que no puedan valerse por sí mismos. Esto incluye guarderías, preescolar y programas para antes y después de la escuela. Los fondos se deducen de la nómina y no se cargan previamente en una tarjeta de débito.

Recursos de salud y bienestar

Es importante saber qué beneficios tiene cuando surge una pregunta. Ya sea que se trate de encontrar asesoramiento gratuito o administrar sus finanzas, hay ayuda disponible a través de los beneficios de salud y bienestar de Team Select Home Care, así como de varios recursos nacionales.

FindHelp.org

En www.findhelp.org, puede buscar y conectarse con asistencia para obtener ayuda a un costo reducido relacionada con alimentos, vivienda, bienes, transporte, salud, dinero, atención, educación y necesidades legales según su código postal.

988Lifeline.org

¿Necesita ayuda inmediata ante una crisis? Ya sea que esté enfrentando problemas de salud mental, angustia emocional, problemas por uso de alcohol o drogas, o simplemente necesite alguien con quien hablar, nuestros consejeros solidarios están aquí para ayudarle. No está solo. Marque 988 o visite la línea de ayuda para casos de suicidio y crisis de 988 en línea en www.988lifeline.org.

NAMI

NAMI es la National Alliance on Mental Illness (Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales), la organización de salud mental de base más grande del país, dedicada a construir mejores vidas para los millones de estadounidenses afectados por enfermedades mentales. Si usted o alguien que conoce necesita ayuda (depresión, ansiedad, estrés, trastorno de estrés postraumático, duelo, abuso intrafamiliar, abuso de sustancias, agresión sexual, etc.), llame a la línea de ayuda de NAMI al (800) 950-6264, envíe un correo electrónico a helpline@nami.org o envíe un mensaje de texto al 62640.

Plan confidencial de asistencia al empleado

El Plan de asistencia al empleado (EAP) puede ayudarle durante momentos difíciles cuando necesita un poco de ayuda adicional. Ya sean problemas grandes o pequeños, el programa de apoyo EAP está disponible para ayudarle a usted y a su familia a encontrar una solución para recuperar la tranquilidad. Todos los empleados tienen acceso gratuito y confidencial a un programa que ofrece apoyo, orientación y recursos.

- Problemas relacionados con el cuidado de niños y personas mayores
- Relaciones
- Conflictos en el lugar de trabajo
- Estrés, ansiedad y depresión
- Mejora de la vida y realización personal
- Asesoramiento legal y financiero
- 100% CONFIDENCIAL

Usted y los miembros de su hogar tienen acceso a tres sesiones presenciales con un consejero conductual. Acceda al Programa EAP de New York Life las 24 horas del día, los 7 días de la semana llamando al (800) 344-9752 o en línea en www.guidanceresources.com, utilizando el ID web: NYLGBS.

Disponible para todos los empleados y miembros de su hogar, incluidos menores de hasta 26 años.

Plan odontológico voluntario

Nuestros beneficios del plan odontológico se brindan a través de la red **PDP de MetLife**. La siguiente tabla describe cómo se pagan algunos de los servicios más comunes en proveedores y centros dentro y fuera de la red. Si bien tiene la posibilidad de ver a cualquier dentista, pagará menos por la atención si visita a un médico dentro de la red.

Como beneficio voluntario, usted es responsable del costo de esta cobertura a través de la deducción de la nómina.

Para encontrar un proveedor odontológico: visite <https://providers.online.metlife.com/findDentist> o llame al (800) 942-0854 para hablar con un representante de Metlife.

Beneficios odontológicos	Plan Alto		Plan Bajo	
	Red de PDP	Fuera de la red	Red de PDP	Fuera de la red
Deducible				
Individual	\$50		\$50	
Familiar	\$150		\$150	
Máximo del año del plan				
Máximo del año del plan	\$1500		\$1000	
Servicios preventivos	Se cubre al 100%			
Servicios básicos	Usted paga 0% AD	Usted paga 20% AD	Usted paga 20% AD	Usted paga 50% AD
Servicios principales	Usted paga 40% AD	Usted paga 50% AD	Usted paga 70% AD	Usted paga 85% AD
Servicios de ortodoncia (hasta los 19 años)	Cobertura del 50% No aplica deducible		Sin cobertura	
Máximo de ortodoncia de por vida	\$1000		Sin cobertura	
AD = Después de alcanzar el deducible				



Consulte la documentación de su plan para conocer todos los detalles y las exclusiones.

Plan oftalmológico voluntario

Nuestros beneficios del plan oftalmológico se brindan a través de la red **VSP Vision**. La siguiente tabla describe cómo se pagan algunos de los servicios más comunes en los proveedores y centros dentro de la red. Pagará menos por la atención que reciba de un médico dentro de la red. Como beneficio voluntario, usted es responsable del costo de esta cobertura a través de la deducción de la nómina.

Para encontrar un proveedor de servicios oftalmológicos: visite www.vsp.com/eye-doctor o llame al (800) 877-7195 para hablar con un representante de VSP.

Beneficios oftalmológicos	Red VSP Vision	Fuera de la red
Examen de la vista	\$10 de copago	Una vez cada 12 meses
Lentes estándar para anteojos		
Lentes monofocales	\$25 de copago	Una vez cada 12 meses
Lentes bifocales con línea divisoria	\$25 de copago	Una vez cada 12 meses
Lentes trifocales con línea divisoria	\$25 de copago	Una vez cada 12 meses
Lentes lenticulares con línea divisoria	\$25 de copago	Una vez cada 12 meses
Monturas	\$130 de asignación + 20% de descuento sobre el saldo restante;	Una vez cada 24 meses
Lentes de contacto (en lugar de lentes de anteojos)		
Electivos	\$130 de asignación	Una vez cada 12 meses
Ahorros adicionales con proveedores VSP contratados	<ul style="list-style-type: none"> • \$70 de asignación para monturas en Walmart/Costco • Corrección de la visión con láser: Promedio de 15% de descuento sobre el precio minorista o 5% de descuento sobre el precio promocional. • Examen de retina: no más de \$39 de copago en exámenes de retina de rutina como complemento a un examen de visión saludable. • Gafas y lentes de sol. • \$20 adicionales para gastar en marcas de monturas destacadas. Visite vsp.com/offers para obtener más detalles. • Ahorro del 20% en gafas y lentes de sol adicionales, incluidas mejoras de lentes, de cualquier proveedor de VSP dentro de los 12 meses posteriores a su último examen de visión saludable. • Descuentos en aparatos auditivos a través de TruHearing. 	
Programa Plus para el cuidado de los ojos de las personas diabéticas	<p>Servicios relacionados con la enfermedad ocular diabética, el glaucoma y la degeneración macular asociada a la edad (DMRE). Examen de retina para miembros elegibles con diabetes. Pueden aplicarse limitaciones y coordinación con la cobertura médica. Consulte a su médico de VSP para obtener más detalles.</p>	

Consulte la documentación de su plan para conocer todos los detalles y las exclusiones.

SEGURO DE ACCIDENTES GRUPAL

Cobertura basada en los gastos



Valor del seguro de accidentes

- Paga un beneficio de suma global en metálico por los gastos cubiertos debidos a lesiones accidentales
- Cobertura disponible para cónyuge e hijos
- Paga adicionalmente a otros seguros
- Primas asequibles, convenientemente deducibles de la nómina
- Los beneficios son transferibles, lléveselos con usted si deja o cambia de trabajo

Ayude a proteger a su familia de los costos de un accidente

El plan de seguro de accidentes de Atlantic American Employee Benefits complementa su seguro de enfermedad grupal y cubre los gastos imprevistos derivados de todo tipo de accidentes, incluso los relacionados con el deporte y el hogar.

Nuestro plan, sencillo de utilizar y basado en los gastos, no tiene un baremo de beneficios y los servicios elegibles relacionados con el accidente original están cubiertos, aunque se produzcan en días diferentes o con proveedores distintos. Piense en ello como "una reserva" de dinero que podría utilizar para pagar deducibles y copagos. Paga el 100% de los servicios y suministros elegibles relacionados con una lesión accidental (a menos que estén cubiertos por una indemnización laboral o una ley similar) hasta los límites de los beneficios.

\$1,644

cobertura individual deducible promedio, aumento del 79% en 10 años

<https://bit.ly/3fTdmvW>



¿Cómo puede ayudar el seguro de accidentes?



Gastos médicos:

- Copagos
- Deducibles
- Otros cuidados de los que sea financieramente responsable en virtud de su plan médico

Gastos no médicos mientras se está recuperando:

- Productos de alimentación
- Alquiler o hipoteca
- Pagos del automóvil
- Atención infantil

¿Cómo funciona el seguro de accidentes?

Si ha sufrido un accidente, su seguro de enfermedad cubre algunos costos, una vez alcanzado su deducible. Pero aun así puede tener copagos y muchos gastos de su bolsillo. Con el seguro de accidentes de Atlantic American Employee Benefits, puede recibir un pago en metálico cuando sufra un accidente o lesión cubiertos.

1

You accidently get injured, leading to more than one medical appointment, on different days, over the course of several weeks. Pretty soon you have several invoices, from more than one provider.



2

Recibe un cheque nuestro

Antes incluso de ver lo que pagará su seguro médico, envíenos copias de todas sus facturas. Con la aprobación, le pagamos un solo cheque, por el total de los gastos facturados, hasta su límite anual de beneficios.



3

Con nuestro sencillo proceso de reclamo, recibirá el dinero rápidamente. Ahora puede pagar los saldos de los proveedores dejados por los deducibles, el coseguro y los gastos no abonados fuera de la red de su plan de salud.



¿Cuáles son los cargos habituales asociados a un accidente?

- Atención urgente
- Radiografías
- Tratamiento de fracturas, esguinces, distensiones
- Visita de seguimiento al consultorio médico
- Cuidado de niños mientras se recupera

Usted no está solo cuando cuenta con la protección de Atlantic American Employee Benefits. Los cuidados son importantes. Y también lo es su seguro de Accidentes de Atlantic American Employee Benefits.

500,000

número estimado de niños, menores de 14 años, que sufren lesiones en parques infantiles anualmente

<https://bit.ly/3uSo5ep>



Fácil acceso a la cobertura y presentación de reclamos

MyCoverage es un sitio web fácil de usar que le permite acceder a la información sobre la cobertura y los beneficios 24/7, presentar reclamos, actualizar su perfil, y más.

mycoverage.atlam.com

SEGURO DE ENFERMEDAD CRÍTICA GRUPAL

Cobertura del cáncer



Valor del seguro de enfermedad crítica grupal con cobertura del cáncer

- Beneficios en metálico por diagnóstico de cánceres invasivos y no invasivos
- Primas asequibles pagadas mediante deducción en nómina
- Cobertura garantizada sin preguntas médicas
- Sin restricciones de red ni de proveedor médico
- Los beneficios son transferibles, lléveselos con usted si deja o cambia de trabajo

Protección que puede ayudar a aliviar la carga financiera, mental y emocional que conlleva el cáncer

El cáncer puede afectar a cualquiera, y el tratamiento puede ser costoso. Aunque las tasas de supervivencia del cáncer van en aumento, los costos directos suponen una carga económica considerable para los pacientes y sus familias. De hecho, se calcula que el coste medio de bolsillo de una persona que lucha contra el cáncer es de \$2.598 al mes¹ y que los enfermos de cáncer tienen 2½ veces más probabilidades de declararse en quiebra que las personas sanas.² Incluso con el mejor plan médico, pueden surgirle costos inesperados. Los deducibles, los tratamientos fuera de la red, las necesidades de atención médica domiciliar y los desplazamientos son solo algunos de los costos que podría tener que afrontar si le diagnostican un cáncer, lo que le dejaría con unos ahorros reducidos.

¹<https://bit.ly/3Ck4dGd>

²<https://bit.ly/2WZZ9GT>

Los beneficios pueden ayudarle a pagar:



- El deducible anual de su plan médico
- Gastos no médicos derivados del tratamiento
- Tratamiento alternativo y experimental
- Gastos diarios, como comida y servicios públicos
- Honorarios de contratistas para modificaciones en el hogar, como una rampa para sillas de ruedas

Las tarifas basadas en la edad para esta cobertura se pueden encontrar en su plataforma HRIS

¿Cómo funciona la cobertura de enfermedad crítica con cáncer?

Se calcula que habrá aproximadamente 1.9 millones de nuevos diagnósticos de cáncer en 2021 o 5,200 nuevos casos al día.³ Con la cobertura de Enfermedad Crítica con Cáncer de Atlantic American Employee Benefits, usted puede ayudar a proteger sus finanzas si se enfrenta a un diagnóstico inesperado de cáncer.

³<https://bit.ly/2VAguoR>

1 Se le diagnostica un cáncer

Después de que a usted o a un miembro de su familia cubierto se le diagnostique cáncer, presente el diagnóstico a Atlantic American Employee Benefits para su verificación.



2 Recibe un cheque nuestro

Con la aprobación de su reclamo, Atlantic American Employee Benefits le paga un beneficio en metálico. Con esta comodidad añadida de protección financiera, puede buscar atención médica fuera de la red de proveedores de su plan médico o incluso buscar un tratamiento experimental.



3 Está mirando hacia el futuro

Después del tratamiento, necesitará recuperarse y es posible que siga necesitando tiempo libre para las citas de seguimiento y las revisiones. Con los beneficios en metálico que puede recibir, puede sentirse capacitado sabiendo que puede reincorporarse al trabajo, reponer los salarios perdidos, pagar los gastos diarios y descansar un poco más tranquilo.



¿Cómo pagaría los gastos relacionados con el tratamiento del cáncer?

Además de los costos del tratamiento, normalmente hay que tener en cuenta muchos otros gastos relacionados. Cargos comunes asociados al tratamiento del cáncer:

- Transporte a citas médicas
- Viaje y avión para una segunda opinión
- Alojamiento mientras recibe tratamiento
- Salarios perdidos por la reducción de los horarios de trabajo

• Costos de cuidado propio o de los hijos
Con los costos relacionados con el cáncer aumentando un 34% de aquí a 2030⁴, adquirir esta cobertura puede ayudarle a proporcionarle la protección financiera que necesita.

⁴<https://bit.ly/3xqvCCO>

40.5% HOMBRES
38.9% MUJERES
Probabilidad de ser diagnosticado de cáncer invasivo

<https://bit.ly/3jlCANw>





Valor del seguro de indemnización hospitalaria

- Beneficio en metálico para gastos imprevistos o no asegurados derivados de una hospitalización por enfermedad o lesión
- Las primas son cómodas y se pagan mediante deducción en nómina
- Cobertura garantizada sin preguntas médicas
- No hay deducibles, copagos ni restricciones de red
- Los beneficios son transferibles, lléveselos con usted si deja o cambia de trabajo

Todo el mundo merece protección frente a las facturas hospitalarias

Las estadías en el hospital pueden ser costosas y, a menudo, inesperadas. Incluso los mejores planes médicos pueden dejarle con gastos extra que pagar, o servicios que simplemente no están cubiertos. Cosas como los deducibles del plan, los copagos, los costos adicionales por atención fuera de la red o los servicios no cubiertos. Muchas personas no están preparadas para afrontar estos costos adicionales, por lo que contar con este apoyo financiero extra cuando llegue el momento puede significar menos preocupaciones para usted y su familia.

16.2 MILLONES

de visitas a la Sala de Emergencias que se convierten en ingresos hospitalarios

<https://bit.ly/2UfpFug>



Los beneficios pueden ayudarle a pagar:



- Costos que no están cubiertos por los planes de salud
- Costos fuera de la red por tratamientos alternativos
- Deducibles y copagos dejados por el seguro de gastos médicos mayores
- Viajes para recibir atención y tratamiento, o incluso una segunda opinión
- Pérdida de ingresos mientras recibe cuidados o sustitución de los ingresos de un cónyuge mientras está a su lado
- Contratista u operario para hacer cambios en su casa después de una enfermedad, como una rampa para sillas de ruedas

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA GRUPAL

Detalles de la cobertura

El plan de seguro de indemnización hospitalaria grupal de Atlantic American Employee Benefits incluye los beneficios que se enumeran a continuación. Cada beneficio está sujeto a unas condiciones de pago detalladas en el certificado.

\$4,500
costo promedio de dar a luz incluso con seguro

<https://bit.ly/3661LnQ>

Información sobre el plan

Disponible para Empleado/Cónyuge: 16+
Dependiente(s): Hasta los 25 años

Detalles adicionales sobre el plan

Periodo de tiempo para la atención inicial	90 días
Limitación por afección preexistente ¹	12/12
Maternidad	Se incluye
Trastorno mental/nervioso y abuso de sustancias	Se excluye
Cobertura del cónyuge	100%
Cobertura de dependientes	100%

Beneficio

Máx. días/por año

CONFINAMIENTO

Admisión hospitalaria ²	\$1,500	1 día
Confinamiento hospitalario	\$100	31 días
Admisión en UCI	\$3,000	1 día
Confinamiento en UCI	\$150	15 días

REFUERZOS Y BENEFICIOS VARIOS

Examen médico \$50
Límite individual: 1 visita al año, Límite familiar: 6 visitas al año

¹ Esta póliza es de emisión garantizada, pero incluye una Limitación por Afección Preexistente. Por favor, consulte el certificado para obtener más información sobre las exclusiones y limitaciones, como las Afecciones Preexistentes.
² El hospital no incluye: hogares de convalecencia o centros de convalecencia, descanso o enfermería; centros que ofrezcan principalmente cuidados de custodia, educativos o de rehabilitación; o centros destinados principalmente al cuidado de personas de edad avanzada, personas con problemas/trastornos de abuso de sustancias, o trastornos mentales/nerviosos. Confinamiento significa la asignación a una cama en un centro médico durante un periodo de al menos 24 horas consecutivas. Las horas requeridas pueden variar según el estado.

Tarifas - Prima mensual

Nivel de cobertura	Empleado	Empleado y Cónyuge	Empleado e Hijos	Familia entera
Plan 1	\$25.53	\$42.16	\$62.76	\$75.26

Seguro para mascotas para perros y gatos

¿Qué pasa si mi mascota se lastima o se enferma?

Al igual que nuestras propias crisis de salud, las emergencias médicas de las mascotas siempre son imprevistas. Muchas veces, una factura veterinaria inesperada representa una gran deuda o ahorros agotados. O incluso negarse al tratamiento. El seguro para mascotas le reembolsa los gastos veterinarios cubiertos, para que pueda concentrarse más en el cuidado de su mascota, no en el costo.

¿Qué cubre el seguro para mascotas?

Por lo general, el seguro veterinario para mascotas cubre a las mascotas en caso de lesiones y enfermedades. Con el seguro médico para mascotas de ASPCA®, también puede cubrir a su mascota contra enfermedades hereditarias y congénitas, terapias alternativas, problemas de comportamiento y, por un monto bajo adicional por mes, atención preventiva.

¿Cuál es el costo del seguro?

Como empleado de Team Select, usted es elegible para obtener precios preferenciales en la cobertura para sus mascotas a través del seguro para mascotas de ASPCA. Su prima dependerá del plan que elija, el área geográfica y la raza, especie y edad de su mascota.

Para obtener más información, comuníquese con ASPCA al (877) 343-5314 o visite www.aspcapetinsurance.com/teamselect; e ingrese el código de descuento: PETI8TSHC.

Este beneficio es un programa de descuento; usted paga directamente a ASPCA.

Disponibles para todos los empleados y miembros de su hogar, incluidos menores de hasta 26 años.



Conflictos con la documentación del plan

Esta Guía de beneficios está diseñada para proporcionar información básica sobre los planes y programas de beneficios para empleados disponibles para los empleados elegibles de Team Select Home Care [y sus subsidiarias]. No detalla todos los términos, las condiciones, las restricciones y las exclusiones incluidos en los documentos del plan, los contratos con las compañías de seguros o las Descripciones resumidas del plan (SPD) para los diversos planes y programas de beneficios. Esta descripción general simplemente resume los planes y programas de beneficios para empleados y no crea ningún derecho contractual para ningún empleado actual o anterior, ni para ningún otro individuo. Las disposiciones sobre beneficios del documento del plan, contrato o SPD aplicable regirán la determinación de los derechos de cualquier individuo bajo cualquier plan o programa de beneficios para empleados. Este documento no constituye un documento del plan o SPD según lo define la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación del Empleo de 1974, con sus modificaciones (ERISA). Team Select Home Care [y sus subsidiarias] se reservan el derecho de modificar o cancelar cualquiera de sus planes y programas de beneficios para empleados en cualquier momento y sin previo aviso ni causa.

Avisos anuales

Los empleados pueden acceder a estos avisos en su plataforma de HRIS. También puede solicitar una copia impresa de los avisos requeridos comunicándose con Recursos Humanos.

IMPORTANTE: *Nuestro paquete de beneficios está diseñado según la "Sección 125" del Código del IRS. Esto le permite aprovechar las leyes federales y estatales al comprar algunos de sus beneficios con dinero antes de impuestos. Según la Sección 125, todos los aportes requeridos para gastos médicos, odontológicos, oftalmológicos, HSA y FSA se realizarán con dinero antes de impuestos.*

RECORDATORIO: *Solo puede cambiar sus elecciones de beneficios antes de impuestos una vez al año, durante la inscripción abierta, a menos que experimente un "cambio de estado" habilitante.*