Baker Triangle

2025
Guía de Beneficios

Su salud y bienestar

Empleados de campo

Indemnización hospitalaria / Aviso de la póliza de indemnización fija

IMPORTANTE: Esta es una póliza de indemnización fija, NO un seguro médico

Esta póliza de indemnización fija podría pagarle una cantidad en dólares limitada si se enferma o lo hospitalizan. Usted aún es responsable de pagar el costo de su atención.

- El pago que usted recibe no se basa en la cantidad de su factura médica.
- Podría haber un límite en la cantidad que esta póliza pagará cada año.
- Esta póliza no sustituye un seguro médico integral.
- Como esta póliza no es un seguro médico, no tiene que incluir la mayoría de las protecciones federales del consumidor que aplican a los seguros médicos.

¿Anda en busca de un seguro médico integral?

- Visite **www.HealthCare.gov** o llame al **1-800-318-2596** (TTY: 1-855-889-4325) para encontrar opciones de cobertura médica.
- Para saber si puede obtener un seguro médico a través de su empleo, o del empleo de un miembro de su familia, comuníquese con el empleador.

¿Tiene preguntas sobre esta póliza?

- Si tiene preguntas o quejas sobre esta póliza, comuníquese con el Departamento de Seguros estatal. Puede encontrar su número en el sitio web de la Asociación de Comisionados de Seguros (Association of Insurance Commissioners) (naic.org) bajo “Insurance Departments” (Departamentos de seguros).
- Si obtiene esta póliza a través de su empleo, o del empleo de un miembro de su familia, comuníquese con el empleador.

CONTENIDO

4 ¡Bienvenido a sus Beneficios 2025!
5 Elegibilidad
6 Cómo inscribirse
7 Mantenerse Conectado
8 Beneficios Médicos
10 Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)
12 Seguro Dental
14 Visión
15 Seguro de Vida Básico y AD&D
16 Seguro de Vida Voluntario y AD&D
17 Seguro Voluntario de Discapacidad
18 Beneficios Complementarios
20 Beneficios Adicionales
21 Contactos Importantes
22 Glosario

La información de esta Guía de inscripción está destinada únicamente a fines ilustrativos e informativos. La información que figura en el presente documento se tomó de varias descripciones resumidas del plan, certificados de cobertura e información sobre beneficios. Si bien se hizo todo lo posible para informar con precisión sus beneficios, siempre es posible que haya discrepancias y errores. No se pretende alterar o ampliar los derechos o responsabilidades establecidos en los contratos o documentos oficiales de los planes. No es una oferta de contrato ni existen garantías expresas o implícitas. En caso de discrepancia entre esta información y los documentos reales de los planes, prevalecerán los documentos reales de los planes. Si tiene alguna pregunta sobre este resumen, comuníquese con Recursos Humanos. © 2024 Marsh & McLennan Agency, LLC. Todos los derechos reservados.

¡BIENVENIDO A SUS BENEFICIOS 2025!

Baker Triangle se complace en proporcionarle a usted y a su familia una amplia gama de beneficios competitivos. Sus beneficios son una parte importante de su compensación total. Tiene la flexibilidad de elegir los beneficios que son adecuados para usted y su familia; para mantenerse física y financieramente saludable ahora y en el futuro.

Esta guía de beneficios proporciona información importante sobre sus beneficios y cómo utilizarlos de la mejor manera posible. Revise esta información cuidadosamente, haga preguntas si es necesario, y asegúrese de inscribirse antes de la fecha límite.

ELEGIBILIDAD

Si está programado para trabajar regularmente al menos 30 horas por semana, es elegible para el programa de beneficios de Baker Triangle. Para las personas recién contratadas, la mayoría de sus beneficios son efectivos el primer día del mes siguiente a los 30 días de empleo. También puede inscribir a sus dependientes elegibles para la cobertura. Los dependientes elegibles incluyen:

- Su cónyuge legal;
- Los hijos menores de 26 años, sin importar su condición de estudiante, dependencia o estado civil;
- Los hijos mayores de 26 años que dependen totalmente de usted para su manutención debido a una discapacidad mental o física (y se indican como tales en su declaración de impuestos federales).

Para obtener detalles sobre la elegibilidad y cuándo comienzan y terminan sus beneficios, consulte los documentos del resumen de su plan.

Los beneficios terminan

Sus beneficios médicos, dentales y de visión terminan el último día del mes en que termina su empleo. Los beneficios de vida y discapacidad terminan en la fecha de la terminación de su empleo.

Cambio de beneficios después de la inscripción

Durante el año, no puede hacer cambios en sus elecciones a menos que experimente un evento de vida calificado, como el matrimonio o el nacimiento de un hijo. Si experimenta un Evento Calificativo, debe ponerse en contacto con Recursos Humanos dentro de los 30 días posteriores al evento, o tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción abierta anual para hacer cambios (a menos que experimente otro evento de vida que califique).

Evento Calificativo	Documentación Necesaria
Cambio de estado civil	
Matrimonio	Copia del certificado de matrimonio
Divorcio/Separación legal	Copia de la sentencia de divorcio
Fallecimiento	Copia del certificado de defunción
Variación del número de dependientes	
Nacimiento o adopción	Copia del certificado de nacimiento o copia de los documentos legales de adopción
Hijastro	Copia de la partida de nacimiento más una copia de la partida de matrimonio entre el empleado y el cónyuge
Fallecimiento	Copia del certificado de defunción
Cambio en el empleo	
Cambio en su estado de elegibilidad (es decir, de tiempo completo a tiempo parcial)	Notificación de aumento o reducción de horas que cambia el estado de la cobertura
Cambio en los beneficios del cónyuge o en la situación laboral	Notificación del estado de empleo del cónyuge que resulte en una pérdida u obtención de cobertura

CÓMO INSCRIBIRSE

Si usted es un empleado nuevo, tiene 30 días para inscribirse a partir de su fecha de contratación. Debe completar su inscripción para recibir la cobertura de beneficios para el año del plan.

Antes de inscribirse

- Revise cuidadosamente los beneficios enumerados en esta guía y determine la cobertura médica, dental y de visión y otras que sean mejores para usted y su familia.
- Asegúrese que los familiares cumplan los requisitos de elegibilidad.
- Conozca la información de sus dependientes y beneficiarios (nombres, fechas de nacimiento, números de Seguro Social, direcciones)
- Comprenda el costo de los planes que seleccionó.
- Asegúrese de considerar cuidadosamente a un beneficiario para el seguro de vida.

Consulte con Recursos Humanos si tiene alguna pregunta.

Plataforma de inscripción de empresas de servicios EOI

Para inscribirse en línea, visite https://chubb.benselect.com/bakertriangle y use el siguiente formato como información de inicio de sesión:

- Nombre de usuario: Su número de Seguro Social (SSN)
- Contraseña*: Los últimos cuatro dígitos de su SSN seguidos de los dos últimos dígitos de su año de nacimiento
- Ejemplo: John Smith, SSN 123-45-6789, DOB 27-January-1993

  Nombre de usuario: 123456789

  Contraseña: 678993

*Esta contraseña servirá como su PIN de firma para firmar digitalmente su confirmación de beneficios al final del proceso de inscripción.

MANTENERSE CONECTADO TODO EL AÑO

Alight Solutions (Debe estar inscrito en el Seguro Médico)

Cuando tenga un problema de salud, póngase en contacto con un profesional médico de Alight. Simplifican la complejidad de sus necesidades de atención médica y el plan de seguro. Un experto de la industria puede representarle cuando surgen problemas o simplemente indicarle a la ayuda que necesita. Comuníquese con Alight para que lo ayude a:

- Navegar por las complejidades del sistema de salud
- Resolver los problemas de las facturas médicas
- Encontrar médicos especialistas
- Evitar los sobrecargos
- Comprender la cobertura y el costo de la atención médica
- Gestionar el proceso de autorización de los servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios
- Encontrar un médico o especialista de la red
- Estimaciones por procedimientos, recetas y otros servicios médicos

¡Tenga los recursos de Alight a su lado con la aplicación Alight Mobile!

La aplicación Alight Mobile es la experiencia de salud digital de última generación que pone la inteligencia y la personalidad del equipo Alight en la palma de su mano. Piense en Alight Mobile como su conserje de salud digital.

Para empezar, descargue la aplicación Alight Mobile en su dispositivo iOS o Android.

Telemedicina - Teladoc (Debe estar inscrito en el Seguro Médico)

¿Se siente mal y necesita una visita rápida al médico? La telemedicina le da acceso 24/7 a médicos certificados por la junta de EE.UU. a través de la comodidad de su teléfono. Usted y un médico pueden hablar o chatear por video para responder preguntas, hacer un diagnóstico e incluso prescribir algunos medicamentos. Esta opción conveniente y asequible le proporciona acceso a petición para tratar muchas afecciones médicas. Como siempre, llame al 911 para cualquier emergencia.

La telemedicina se proporciona a través de Teladoc y se puede utilizarla descargando la aplicación móvil Teladoc llamando al 800-835-2362. Para más información, visite el www.Teladoc.com.

BENEFICIOS MÉDICOS

La cobertura médica de Baker Triangle, a través de UMR le proporciona a usted y a su familia la protección necesaria para los problemas de salud diarios o los gastos médicos inesperados.

Cómo funciona la cobertura médica

Cuando se inscribe en la cobertura médica, paga una parte de sus gastos de atención médica cuando recibe la atención y el plan paga otra parte, como se detalla a continuación. Tenga en cuenta que los cuidados preventivos, como los exámenes físicos, vacunas contra la gripe y pruebas de detección, siempre tienen una cobertura del 100% cuando se utilizan proveedores dentro de la red. El plan tiene:

- **Deducibles:** El monto que paga cada año por los cargos elegibles dentro y fuera de la red antes de que el plan comience a pagar una parte de los costos.
- **Copagos:** Monto fijo que usted paga por un servicio de atención médica. Los copagos no cuentan para su deducible anual, pero sí para su máximo de gastos de bolsillo anual.
- **Coaseguros:** Una vez que haya cumplido con su deducible, usted y el plan comparten el costo de la atención, lo que se llama coaseguro. Por ejemplo, usted paga el 20% por los servicios y el plan paga el 80% del costo hasta que alcance su máximo de gastos de bolsillo anual.
- **Desembolsos Máximos:** lo máximo que pagará cada año por servicios elegibles dentro o fuera de la red, incluyendo medicamentos con receta. Después de alcanzar el máximo de bolsillo, el plan paga el costo total de los servicios elegibles de atención médica por el resto del año.
- **Medicamentos con receta:** Una vez que haya alcanzado el deducible, usted será responsable de los costos aplicables hasta alcanzar el desembolso máximo.

Antes de inscribirse

1. Piense en el costo por período de pago y en los gastos de bolsillo en los que incurrirá; y en sus gastos médicos anticipados. La opción que tiene el costo más alto por período de pago típicamente paga más para servicios, lo que significa sus deducibles, coaseguro y/o copagos son más bajos cuando necesite atenderse.

2. ¿Quiere seguir utilizando su médico? Asegúrese de que él/ella está dentro de la red del plan visitando www.umr.com y seleccionando la red que se llama “UnitedHealthcare Choice Plus”. Si está fuera de la red, los servicios pueden no estar cubiertos o pueden ser más caros.

3. Considere el costo de los servicios y medicamentos con receta que espera recibir durante el año.

4. Evalúe cómo pueden fluctuar sus gastos de bolsillo y considere la posibilidad de añadir un seguro que le protege contra accidentes, enfermedades graves y/o indemnización hospitalaria para ayudarle a compensar los gastos médicos inesperados de su bolsillo.

BENEFICIOS MÉDICOS

La tabla siguiente resume las características principales de la cobertura médica. Consulte los documentos oficiales de los planes para obtener información adicional sobre cobertura y exclusiones.

	Plan Medical	
	Red UnitedHealthcare Choice Plus	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible del año calendario		
Individual	$2,000	N/A
Familiar	$4,000	N/A
Desembolso Máximo por año calendario (incluye el deducible)		
Individual	$5,000	N/A
Familiar	$10,000	N/A
	Usted paga	Usted paga
Coaseguro	20%	No Cubierto
Atención preventiva	$0	No Cubierto
Telemedicina	0%*	No Cubierto
Médico de Atención Primaria	20%*	No Cubierto
Especialista	20%*	No Cubierto
Atención de urgencia	20%*	No Cubierto
Sala de emergencias	20%*	
Laboratorio y radiografías	20%*	No Cubierto
Hospitalización	20%*	No Cubierto
Imágenes de diagnóstico (IRM/TC)	20%*	No Cubierto
Farmacia		
Deducible para medicamentos con receta	Incluido en médico	N/A
Desembolso Máximo de medicamentos	Incluido en médico	N/A
Medicamentos recetados en una farmacia (suministro para hasta 30 días)		
Nivel 1 - Genérico	$0*	No Cubierto
Nivel 2 - Formulario Nombre de marca	$25*	No Cubierto
Nivel 3 - Nombre de marca no incluido en el formulario	$50*	No Cubierto
Especialidad	20%* hasta $200	No Cubierto
Pedido por Correo (suministro para 90 días)	2x copago	No Cubierto
Deducciones Semanales por Seguro Médico		
Empleado Sólo	$33.46	
Empleado + Cónyuge	$95.42	
Empleado + Hijo(s)	$86.75	
Empleado + Familia	$138.79	

**Después del deducible*

CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA)

Una cuenta de ahorros para la salud (HSA) es una cuenta de personal que usted posee y puede utilizar para ahorrar dinero y pagar sus gastos médicos calificados del bolsillo. Sus aportes a la HSA son descontados de su cheque de paga y están libres de impuestos. Una vez que se inscriba en la HSA, recibirá una tarjeta de débito para pagar sus gastos médicos calificados de bolsillo. Su HSA puede utilizarse para pagar sus gastos de atención médica, dentales y de visión y los de su cónyuge y dependientes, incluso si no están cubiertos por el seguro médico de la compañía con deducible alto (HDHP).

¿Cómo funciona una HSA?

Elegibilidad
Cualquier persona que:
- Esté cubierta por un Plan de Salud de Deducible Alto (HDHP);
- No esté cubierta por otro plan médico que no sea un Plan de Salud de Deducible Alto (HDHP);
- No tenga derecho a beneficios de Medicare;
- No sea elegible para figurar en la declaración jurada de impuestos de otra persona;
- No haya recibido beneficios de VA en los últimos tres meses; o
- No esté cubierta por su Cuenta de Gastos Flexible (FSA) suya o la de su cónyuge, a excepción de una FSA de Propósito Limitado

Sus Contribuciones
Usted elige cuánto aportar de cada cheque de paga antes de calculan impuestos.
Puede aportar hasta el máximo del IRS que es de $4,300/individual o $8,550/familiar, menos cualquier contribución del empleado mostrado abajo.
Puede hacer un aporte adicional de "nivelación" de hasta $1,000 al año si tiene 55 años o más.

Aporte anual de Baker Triangle
- $500 para la cobertura Empleado Sólo
- $1,000 para la cobertura de Empleado + Cónyuge
- $1,000 para la cobertura de Empleado + Hijo
- $1,000 para la cobertura de Empleado + Familia

Gastos Elegibles
Puede usar su HSA para pagar los gastos médicos, dentales, de visión y de medicamentos con receta en los que haya incurrido usted y los miembros elegibles de su familia. *Tenga en cuenta: los fondos disponibles para el reembolso se limitan al saldo de su HSA.*

Uso de su cuenta
Utilice la tarjeta de débito vinculada a su HSA para cubrir los gastos elegibles; o pague los gastos de su propio bolsillo y guarde los dólares de su HSA para futuros gastos médicos.

Su HSA es siempre suya, no importa lo que pase.
Una de las mejores características de una HSA es que el dinero que sobra al final del año permanece en la cuenta para que pueda usarlo al año siguiente o en cualquier momento en el futuro. Y si deja la Baker Triangle o se retira, su HSA se va con usted.

CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA)

Ventajas Impositivas

Una HSA ofrece tres ventajas fiscales importantes:

1. Puede usar los fondos de su HSA para cubrir los gastos médicos calificados, incluyendo los gastos dentales y de visión; libre de impuestos.
2. Los fondos no utilizados crecen y pueden ganar intereses con el tiempo; libres de impuestos.
3. Puede ahorrar los dólares de su HSA para usarlos en su atención médica cuando deje Baker Triangle o cuando se jubile; libre de impuestos.

Si quiere pagar menos por cada cheque de pago para la cobertura médica y ahorrar dinero libre de impuestos para gastos futuros médicos, considere inscribirse en el HDHP con HSA.

Cómo trabajan juntos un Plan Médico con Deducible Alto (HDHP); y una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)

Ejemplo del primer año: Usted se inscribe en el HDHP con HSA durante la inscripción		**Ejemplo del segundo año: Usted sigue con en el plan HDHP el año siguiente**
Usted aporta $3,650 para el año		$2,900 se traspasan del año pasado y usted aporta $3,650 por un total de $6,550
Paga $750 de gastos elegibles con la HSA		Use la HSA para pagar $1,250 de gastos elegibles
¡Tiene $2,900 en la HSA para traspasar al próximo año!		**¡Tiene $5,300 en la HSA para traspasar al próximo año!**

¡IMPORTANTE!

Debe abrir una cuenta en Optum Bank ANTES de que Baker Triangle pueda realizar cualquier aporte a su cuenta HSA. Para crear una cuenta, siga estos pasos:

1. Visite www.optumbank.com y haga clic en “Open an HSA” ubicado en el menú superior.
2. Continúe haciendo clic en “Next” en la parte inferior de la página para confirmar su inscripción.
3. Complete toda la información necesaria y utilice el número de grupo 76413215.
4. Por último, seleccione el botón “Next” para completar el proceso con éxito.

Una vez que se haya establecido su cuenta HSA, Optum Bank informará al Departamento de Nómina de Baker Triangle. El monto de contribución que haya elegido se deducirá automáticamente de su cheque de pago.

SEGURO DENTAL

Cuidar la salud oral no es un lujo; es necesario para una salud óptima a largo plazo. Con un enfoque en la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento, la cobertura odontológica puede reducir en gran medida el costo de los procedimientos de restauración y de emergencia. Los servicios preventivos de los proveedores de la red generalmente están cubiertos sin costo alguno para usted e incluyen exámenes y limpiezas de rutina. Usted paga un pequeño deducible y un coaseguro por los servicios básicos y principales.

Puede inscribirse usted y sus dependientes elegibles; o puede renunciar a la cobertura dental. No es necesario estar inscripto en la cobertura médica para elegir un plan odontológico.

Baker Triangle ofrece cobertura dental a través de Mutual of Omaha. Para obtener información sobre cómo encontrar un proveedor participante usando la red Mutually Preferred, visite www.mutualofomaha.com/dental.

Antes de inscribirse

Considere esto:

1. La mayoría de las limpiezas y exámenes preventivos en la red están cubiertos al 100%.
2. Puede recibir atención dental dentro o fuera de la red. Sin embargo, cuando sale de la red, el proveedor podría cobrar más y el plan solo reembolsará por hasta las tarifas razonables y corrientes.

SEGURO DENTAL

En el cuadro que figura a continuación se resumen las principales características del seguro dental. Por favor, consulte los documentos oficiales del plan para obtener información adicional sobre cobertura y exclusiones.

	Plan Dental PPO	
	Red Mutually Preferred	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible del año calendario		
Individual	$50	
Familiar	$150	
Beneficio máximo por año calendario		
Por Persona	$1,000	
	Usted paga	
Atención Preventiva		
Exámenes, limpiezas, radiografías, tratamientos con flúor	0%	
Servicios Básicos		
Emplomaduras, espaciadores, selladores, extracciones	20%*	
Servicios Principales		
Coronas, incrustaciones/ recubrimientos, prótesis y puentes, reparaciones, cirugía bucal, endodoncia, periodoncia	50%*	
Ortodoncia		
Adultos & Hijos (hasta que cumplen 19 años)	50% hasta un beneficio máximo de por vida de $2,000 por persona; se exime el deducible	
Deducciones Semanales por Seguro Dental		
Empleado Sólo	$4.43	
Empleado + Cónyuge	$8.77	
Empleado + Hijo(s)	$12.67	
Empleado + Familia	$17.79	

**Después del deducible*

VISIÓN

Unos ojos sanos y una visión clara son una parte importante de su salud general y de su calidad de vida. Puede inscribirse y a sus dependientes elegibles, o puede renunciar a la cobertura de visión. No es necesario estar inscrito en la cobertura médica para elegir un plan de visión. En el cuadro que figura a continuación se resumen las principales características del plan oftalmológico. Por favor, consulte los documentos oficiales del plan para obtener información adicional sobre cobertura y exclusiones.

Baker Triangle ofrece cobertura para mantener la visión a través de VSP que usa la red VSP Signature. Para obtener información sobre cómo conseguir a un proveedor oftalmológico, visite www.vsp.com.

	Plan de Visión	
	Dentro de la red	Fuera de la red
	Usted paga	Reembolso
Costo		
Examen	$10 20% de descuento en el examen de seguridad ocular	Hasta $50
Materiales	$25	Vea abajo
Servicios cubiertos - Cristales		
Monofocales	$25	Hasta $50
Bifocales	$25	Hasta $75
Trifocales	$25	Hasta $100
Armazones	Asignación de $150, 20% de descuento en el costo restante	Hasta $70
Lentes y monturas de gafas de seguridad ProTec	$20 copago	No Cubierto
Servicios cubiertos - Lentes de contacto en lugar de armazones/cristales		
Lentes de contacto – Médicamente necesarios	$25	Hasta $210
Lentes de contacto – Cosméticos	Asignación de $130, 15% de descuento en el costo restante	Hasta $105
Frecuencia del Beneficio		
Exámenes	Una vez cada 12 meses	
Cristales	Una vez cada 12 meses	
Armazones	Una vez cada 12 meses	
Lentes de Contacto (en lugar de cristales)	Una vez cada 12 meses	
Deducciones Semanales por Seguro de Visión		
Empleado Sólo	$2.20	
Empleado + Cónyuge	$4.11	
Empleado + Hijo(s)	$4.38	
Empleado + Familia	$6.83	

SEGURO DE VIDA BÁSICO Y (AD&D)

El seguro de vida básico y muerte accidental y pérdida de miembros (AD&D), está proporcionado por su compañía sin costo para usted. Esa póliza es administrada por Mutual of Omaha y paga una suma global a sus beneficiarios para ayudar a cubrir los gastos en caso de que usted fallezca. El seguro de muerte accidental y pérdida de miembros (AD&D) paga un beneficio si usted muere o sufre ciertas lesiones graves como resultado de un accidente cubierto. En el caso de una lesión accidental cubierta (como la pérdida de la vista o la pérdida de una extremidad), el beneficio que recibe es un porcentaje de la cobertura total de AD&D en función de la gravedad de la lesión accidental.

Información del beneficiario

Porque las situaciones cambian a menudo, podría ser necesario actualizar la información de su beneficiario. Debe revisar y actualizar esta información todos los años, o antes de jubilarse. Consulte Recursos Humanos para más información.

Seguro de Vida Básico / AD&D - Para usted	
	Seguro de Vida Básico y AD&D
Monto de la cobertura	$15,000
Evidencia de Asegurabilidad (EOI) / Prueba de buena salud	No obligatorio
Tabla de reducción por edad	Los beneficios se reducen en: 33% a la edad de 65, 35% a la edad de 70.

SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO Y AD&D

El seguro de vida voluntario y AD&D le permite adaptar la cobertura a sus necesidades individuales y proporcionar protección financiera a sus beneficiarios en caso de su muerte o una lesión grave accidental. El seguro de vida voluntario para usted y sus dependientes administrado por Mutual of Omaha, también puede ayudarle a proteger a su familia durante los momentos difíciles.

Seguro de Vida Voluntario / AD&D - Para usted y sus dependientes			
	Empleado	Cónyuge	Hijo(s) hasta la edad de 26
Monto de la cobertura	Incrementos de $10,000 hasta $500,000 - sin exceder de cinco veces su salario	Incrementos de $5,000 hasta $250,000 - sin exceder de 100% de la cobertura de empleado	Incrementos de $1,000 hasta un máximo de $10,000; $1,000 para niños desde el nacimiento hasta los seis meses
Emisión Garantizada (GI)	Cinco veces tu salario, hasta $200.000	100% de la cobertura del empleado, hasta $50,000	$10,000
Evidencia de Asegurabilidad (EOI) / Prueba de buena salud	Recién Elegible: Puede inscribir hasta GI sin EOI Actualmente Inscrito: Aumente o inscriba hasta GI sin EOI	Recién Elegible: Puede inscribir hasta GI sin EOI Actualmente Inscrito: Aumente o inscriba hasta GI sin EOI	No obligatorio

Antes de inscribirse considere esto:

1. Por lo general, la cantidad correcta de cobertura dependerá de su edad, su situación familiar y cualquier ahorro personal que pueda tener.
2. Es importante entender cualquier regla de la EOI que se aplique. Si se inscribe cuando es elegible por primera vez, se garantiza un seguro voluntario de vida a término para usted y su cónyuge hasta los montos indicados en la tabla. Si inicialmente renuncia a esta cobertura, pero desea inscribirse en una fecha posterior, deberá presentar una EOI satisfactoria antes de que cualquier cobertura pueda entrar en vigencia.
3. Piense en quiénes desea designar como beneficiarios y asegúrese de nombrarlos como beneficiarios en su póliza.

SEGURO VOLUNTARIO DE DISCAPACIDAD

El seguro de discapacidad reemplaza una parte de sus ingresos cuando usted no puede trabajar debido a una enfermedad admitida o a una lesión no relacionada con el trabajo.

Baker Triangle le proporciona la oportunidad comprar cobertura de Discapacidad de Corto Plazo (STD) y/o Discapacidad de Largo Plazo (LTD) administrado por Mutual of Omaha. Las tarifas se calculan dentro del portal de inscripción y se basan en su edad y salario.

Resumen de los beneficios de Discapacidad a Corto Plazo (STD)	
Beneficio Semanal	60% de los ingresos semanales
Máximo Semanal	$2,500 por semana
Duración del beneficio	11 semanas
Período de eliminación	14 días
Limitación por afecciones preexistentes	3/6*
*No se podrán pagar beneficios por ninguna afección tratada dentro de los tres meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia hasta que haya estado cubierto por este plan durante seis meses.	

Resumen de los beneficios de Discapacidad a Largo Plazo (LTD)	
Beneficio mensual	60% de los ingresos mensuales
Máximo Mensual	$10,000 por mes
Duración del beneficio	Reducción de la duración de los beneficios (RBD) a la edad normal de jubilación de la Seguridad Social (SSNRA)
Período de eliminación	90 días
Limitación por afecciones preexistentes	12/12*
*No se podrán pagar beneficios por ninguna afección tratada dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia hasta que haya estado cubierto por este plan durante 12 meses.	

Afecciones preexistentes

Una afección preexistente es una lesión o enfermedad por la que ha recibido asesoramiento o tratamiento de un médico dentro de los tres meses para la discapacidad a corto plazo (STD) o de los 12 meses para la discapacidad a largo plazo (LTD) antes de la fecha de entrada en vigencia de su plan de seguro.

Evidencia de asegurabilidad

Si rechaza la cobertura cuando es elegible por primera vez o si elige la cobertura y desea aumentar la cantidad de su beneficio en una fecha posterior, es posible que se requiera una Evidencia de Asegurabilidad (EOI), prueba de buena salud, antes de que se apruebe la cobertura.

Una discapacidad calificada es una enfermedad o lesión certificada por un médico que le impide realizar sus funciones normales del trabajo.

BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS

Los planes de beneficios complementarios como seguro contra accidentes, enfermedad grave, vida universal e indemnización hospitalaria pueden complementar su seguro médico y ayudarle a pagar los costos inesperados se puede incurrir después de una lesión accidental, enfermedad u hospitalización. Estos planes son 100% voluntarios y no son un seguro médico verdadero. La cobertura está disponible para su cónyuge e hijos con la mayoría de los planes.

La mayoría de los planes pagan beneficios independientemente de cualquier otro seguro y los beneficios se pagan directamente a usted, a menos que usted especifique lo contrario. Los beneficios pueden ayudar a pagar los gastos que otros seguros no cubren. Por ejemplo, los gastos de bolsillo, ingresos perdidos, cuidado de niños, viajes de ida y vuelta para tratamiento, gastos de atención médica domiciliaria o gastos domésticos regulares.

Antes de inscribirse

1. ¿Qué pasaría si tuviera un accidente o se enfermara gravemente y no podría trabajar? ¿Estaría cubierto financieramente?
2. Estos beneficios proporcionan un pago único que puede ayudarle a cubrir gastos médicos inesperados o a compensar ingresos perdidos.

Seguro contra Accidentes

La cobertura de accidentes, a través de Chubb, está diseñada para proporcionar un beneficio en efectivo en caso de un accidente o lesión cubiertos. El plan pagará una cantidad fija basada en la lesión sufrida y el tratamiento recibido, independientemente de cualquier otro seguro.

Ejemplos de gastos elegibles			
	Visitas a la sala de emergencias		**Estadías en el hospital**
	Exámenes médicos; incluyendo los exámenes de diagnóstico principales		**Terapia física**
	Fracturas y dislocaciones		**Transporte y alojamiento**; si está fuera de casa cuando el accidente ocurre

Consulte con Recursos Humanos para una lista completa de los accidentes cubiertos.

Deducciones Semanales por seguro de accidentes			
Empleado Sólo	Empleado + Cónyuge	Empleado + Hijo(s)	Empleado + Familia
$3.53	$5.16	$7.08	$8.72

BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS

Seguro de Enfermedad Grave

La cobertura contra enfermedades graves, a través de Chubb, proporciona un beneficio en efectivo de suma global en caso de que se le diagnostique una enfermedad admitida para ayudar a compensar los costos asociados inesperados. El plan pagará independientemente de cualquier otro seguro. La cobertura de enfermedades graves **no** es un seguro médico.

Montos de beneficios	
Empleado	$5,000 – $20,000 en incrementos de $5,000
Cónyuge	$2,500 - $20,000
Hijos	50% de la elección del Empleado

Consulte con Recursos Humanos para una lista completa de las enfermedades cubiertas y el costo de la cobertura.

Seguro de Vida Permanente

El seguro de vida permanente, a través de Chubb, le permite adaptar la cobertura a sus necesidades individuales y brinda seguridad financiera a los miembros de su familia. La póliza ofrece lo siguiente:

- Una tasa de rendimiento mínima garantizada sobre el valor en efectivo
- Las primas se fijan en el momento de la inscripción y no aumentarán a medida que envejezca.
- Un monto de beneficio por muerte garantizado

Comuníquese con Recursos Humanos para obtener más información sobre los detalles del plan y el costo de la cobertura.

Seguro de Indemnización Hospitalaria

La cobertura de indemnización hospitalaria, a través de Chubb, está diseñada para proporcionar un beneficio en efectivo en caso de una hospitalización y puede ayudar a pagar los gastos no cubiertos por su plan médico. El plan pagará independientemente de cualquier otro seguro. Consulte con Recursos Humanos para una lista completa de los gastos cubiertos y costo.

Deducciones Semanales por seguro de indemnización hospitalaria			
Empleado Sólo	Empleado + Cónyuge	Empleado + Hijo(s)	Empleado + Familia
$3.51	$4.44	$6.06	$8.96

BENEFICIOS ADICIONALES

Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

Baker Triangle también le proporciona acceso al Programa de Asistencia al Empleado (EAP) sin algún costo. Este programa, disponible a través de Mutual of Omaha, proporciona servicios profesionales y confidenciales, por teléfono o presenciales, para usted y sus seres queridos. Usted es elegible para recibir tres sesiones presenciales o por video por hogar, por año de plan. El EAP puede ayudarle a resolver asuntos y problemas personales antes de que afecten a su salud, sus relaciones y su rendimiento laboral.

Este programa está disponible las 24 horas del día, 365 días al año para asistencia confidencial y servicios de referencia con asuntos como:

- Controlar el estrés
- Problemas matrimoniales o familiares
- Ansiedad y depresión
- Abuso de sustancias (alcohol y/o drogas)
- Problemas financieros
- Temas de cuidado de niños – incluyendo la identificación de escuelas, guarderías, tutores y más
- Padres ancianos

Es importante señalar que todas las conversaciones del EAP son voluntarias y estrictamente confidenciales. Si usted y su consejero determinan que se necesita asistencia adicional, se le refiere al recurso más apropiado y asequible disponible. A pesar de que usted es responsable por el costo de las derivaciones, estos costos a menudo están cubiertos por su plan médico.

Programa de Asistencia al Viajero

Experimentar una emergencia mientras viaja puede ser especialmente difícil. Es fundamental saber a quién llamar en caso de problemas médicos, problemas con el cambio de moneda o pérdida de equipaje. Puede estar tranquilo sabiendo que asistencia al viajero viaja con usted por todo el mundo y le ofrece acceso a una red de profesionales que pueden ayudarlo con derivaciones médicas locales o brindarle otros servicios de asistencia de emergencia en lugares extranjeros.

CONTACTOS IMPORTANTES

Cobertura	Administrador	Teléfono	Correo Electrónico / Sitio Web
Recursos Humanos	Elva Penaflor	214-217-3761	epenaflor@bakertriangle.com
Alight	Health Pro – Petra Imouokhome	800-513-1667 Ext 1602	petra.imouokhome@alight.com
Telemedicina	Teladoc	800-835-2362	www.Teladoc.com
Seguro Médico	UMR	800-826-9781	www.umr.com
Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)	Optum Health Bank	866-234-8913	www.optumhealthbank.com
Seguro Dental	Mutual of Omaha	800-927-9197	www.mutualofomaha.com
Visión	VSP	800-877-7195	www.vsp.com
Seguro de Vida y AD&D	Mutual of Omaha	800-655-5142	www.mutualofomaha.com
Seguro de Discapacidad	Mutual of Omaha	800-655-5142	www.mutualofomaha.com
Seguro contra Accidentes	Chubb	866-324-8222	customercare@chubb.com
Seguro de Enfermedad Grave	Chubb	866-324-8222	customercare@chubb.com
Seguro de Vida Permanente	Chubb	866-324-8222	customercare@chubb.com
Seguro de Indemnización Hospitalaria	Chubb	866-324-8222	customercare@chubb.com
Programa de Asistencia al Empleado (EAP)	Mutual of Omaha	800-316-2796	www.mutualofomaha.com/eap
Programa de Asistencia al Viajero	AXA Assistance USA	Dentro de EE.UU.: 800-856-9947 Fuera de EE. UU., llame por cobrar: 312-935-3658	-

GLOSARIO

Cantidad permitida: Cantidad máxima en la que se basa el pago de los servicios de atención médica cubiertos. Esto puede llamarse "gasto elegible", "asignación de pago" o "tarifa negociada". Si su proveedor cobra más de la cantidad permitida, es posible que tenga que pagar la diferencia. (Consulte facturación del saldo)

Beneficio máximo anual: Un límite en los beneficios que su compañía de seguros pagará en un año mientras esté inscrito en un plan de beneficios en particular. Una vez que se alcanza el límite anual, debe pagar todos los gastos médicos asociados para el resto del año.

Facturación del saldo: Cuando un proveedor le factura la diferencia entre el cargo del proveedor y la cantidad permitida. Por ejemplo, si el cargo del proveedor es de $100 y la cantidad permitida es de $70, el proveedor puede facturarle los $30 restantes. Un proveedor que equilibra las facturas suele ser conocido como un proveedor fuera de la red. Un proveedor de la red no puede facturarle el saldo de los servicios cubiertos.

Coaseguro: El porcentaje de los costos de un servicio de atención médica cubierto que usted paga (por ejemplo, 20%) después de haber pagado su deducible.

Copago: Un monto fijo (por ejemplo, $20) que se paga por un servicio de atención médica cubierto después de haber pagado su deducible. Los copagos pueden variar para diferentes servicios dentro del mismo plan, como medicamentos, pruebas de laboratorio y visitas a especialistas.

Deducible: La cantidad que paga por los servicios de atención médica cubiertos antes de que su plan de seguro comience a pagar. Con un deducible de $2000, por ejemplo, usted paga los primeros $2000 de servicios cubiertos. Después de pagar el deducible, normalmente solo se paga un copago o Coaseguro para los servicios cubiertos. Su compañía de seguros paga el resto. Su deducible comienza de nuevo cada año del plan.

Monto de emisión garantizada: El monto de cobertura que puede ser aprobado automáticamente. Si solicita más cobertura que el monto de emisión garantizada, tendrá que completar un formulario de Evidencia de Asegurabilidad, y ser aprobado para su monto de cobertura. Por lo general, solo está disponible en su primera oportunidad de inscripción.

Dentro de la red: Proveedores que tienen contrato con su aseguradora. Los Coaseguros y copagos dentro de la red suelen costar menos que los proveedores fuera de la red.

Fuera de la red: Proveedores que no tienen contrato con su aseguradora. El Coaseguro y los copagos fuera de la red suelen costar más que el Coaseguro dentro de la red. Además, puede ser responsable de cualquier cosa que supere la cantidad permitida (consulte Facturación del saldo).

Máximo de bolsillo: Lo máximo que tiene que pagar por los servicios cubiertos en un año del plan. Después de gastar esta cantidad en deducibles, copagos y Coaseguros, su plan paga el 100% de los costos de los beneficios cubiertos. El límite de gastos de bolsillo no incluye sus primas mensuales. Tampoco incluye nada que pueda gastar en servicios que su plan no cubre.

Formulario de medicamentos con receta: Una lista de medicamentos con receta cubiertos por un plan de medicamentos con receta. También llamada lista de medicamentos.

Autorización previa: La aprobación de un plan médico que puede ser necesaria antes de que usted obtenga un servicio o surta una receta para que el servicio o la receta estén cubiertos por su plan.

Atención preventiva: Atención médica rutinaria que incluye exámenes, chequeos y asesoramiento al paciente para prevenir enfermedades, dolencias u otros problemas de salud.

NOTES

MarshMcLennan Agency