



GUÍA DE INSCRIPCIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN DE EMPLEADOS NUEVOS EN EL EQUIPO



2024

Inscripción para beneficios para empleados nuevos

Es tiempo de concentrarse en usted.

Sabemos que es muy importante tener recursos que ayuden a tomar las mejores decisiones para usted y su familia. Evalúe las opciones que se encuentran en esta guía de beneficios, compare los planes y elija el que más se adapte a usted. Ahora, más que nunca, es importante ser un consumidor informado con respecto a los beneficios para los empleados.

Podrá inscribirse en los beneficios médicos/de medicamentos con receta, dentales, de visión y otros beneficios a través de Aon Active Health Exchange™. Aon Active Health Exchange es la primera compañía nacional de grandes empleadores con múltiples compañías de seguros de Estados Unidos.

Su salud física, emocional y financiera es importante, en especial durante estos tiempos difíciles. Es por eso que ChenMed ofrece un paquete integral de beneficios con una gran variedad de planes que contribuyen al bienestar presente y futuro de nuestros empleados y sus familias. Para ayudar a promover las "opciones saludables", ChenMed ofrece descuentos en las primas del plan médico/de medicamentos con receta a los empleados y sus dependientes elegibles que realicen diversas actividades de bienestar.

Para obtener una versión en español de esta guía, visite la intranet de ChenMed.

¡Es hora de actuar!

Todos los empleados nuevos deben completar el proceso de inscripción para elegir o renunciar a beneficios para el año del plan 2024. Debe inscribirse activamente dentro de los 30 días de la fecha de contratación, de lo contrario, NO tendrá beneficios de ChenMed en 2024. Puede completar su inscripción con la ayuda de un asesor de beneficios o en línea. Estos beneficios entrarán en vigencia a partir del primer día de empleo.

Índice

Resumen de beneficios	3
Elegibilidad.....	3
Inscripción.....	3
Crédito de ChenMed.....	5
Crédito de bienestar.....	5
Planes médicos y de medicamentos con receta.....	6-8
Seguro por enfermedades críticas.....	9
Seguro por accidentes.....	10
Indemnización hospitalaria.....	11
Cuenta de ahorros para la salud.....	12
Cuentas de gastos flexibles.....	13
Cobertura dental.....	14
Cobertura de la visión.....	15
Seguro de vida y por AD&D.....	16
Seguro de vida y por AD&D complementario.....	16
Discapacidad a corto plazo.....	17
Discapacidad a largo plazo.....	18
Plan ChenMed 401(k).....	19
Perks at Works de ChenMed.....	20
TicketsatWork de ChenMed.....	20
Asistencia legal.....	21
Cuidado infantil de apoyo.....	22
ChenMed Cares.....	22
Beneficios adicionales.....	23



Resumen de beneficios

ChenMed ofrece una amplia gama de coberturas que lo protegen financieramente y lo ayudan a construir un futuro seguro.

SALUD Y BIENESTAR

- Planes médicos y de medicamentos con receta
- Seguro por enfermedades críticas
- Seguro por accidentes
- Seguro de indemnización hospitalaria
- Cuenta de ahorros para la salud
- Seguro dental
- Seguro de la visión
- Cuentas de gastos flexibles

SEGURIDAD DE LOS INGRESOS

- Seguro de vida y seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) básicos
- Seguro de vida y por AD&D opcional
- Discapacidad a corto plazo
- Discapacidad a largo plazo

JUBILACIÓN Y ESTILO DE VIDA

- Plan de ahorros para la jubilación 401 (k)
- Asistencia legal
- Cuidados infantiles de apoyo
- Programa de asistencia para empleados
- Perks at Work
- TicketsatWork
- ChenMed Cares

Elegibilidad

Empleados:

Son elegibles los empleados regulares a tiempo completo que trabajan al menos treinta (30) horas por semana a partir del primer día de empleo.

Dependientes:

- Su cónyuge legal.
- Sus hijos menores de 26 años, independientemente de su condición de estudiantes para la cobertura médica, dental y de la visión, incluidos los dependientes casados, pero no su cónyuge o hijos.
- Sus hijos solteros y dependientes que queden incapacitados mental o físicamente para mantenerse a sí mismos, antes de los 26 años (se requiere un certificado médico) para la cobertura médica, dental y de la visión.

Prueba de elegibilidad:

Si inscribe a un cónyuge elegible durante la inscripción se requiere una prueba como, por ejemplo, un certificado de matrimonio.

Si inscribe a un hijo dependiente que sea elegible durante la inscripción se requiere una prueba. Los ejemplos de prueba de dependencia incluyen, entre otros: un certificado de nacimiento, adopción, acogida u orden de apoyo médico legal que indique que el empleado participante es el padre/la madre. Para presentar la prueba de dependencia en el **Portal de Beneficios de ChenMed**, vaya a la sección **Tareas pendientes (To-Dos)** y seleccione **Verificar la elegibilidad de su dependiente para los beneficios de salud (Verify Your Dependent's Eligibility for Health Benefits)**.

Inscripción

Inicie sesión en **digital.alight.com/chenmed**, haga clic en el botón para inscribirse y siga las instrucciones para crear su cuenta. Desde el Portal de Beneficios de ChenMed, regístrese como nuevo usuario, siga las indicaciones para proporcionar la información solicitada y configure su usuario y contraseña. Si necesita ayuda, puede coordinar una consulta con un Asesor de Beneficios Certificado que responderá a sus preguntas y le ayudará a inscribirse en la cobertura. Para programar una consulta, haga clic en la pestaña **Asesor de beneficios**. Evalúe su inscripción para obtener más información.

AON Active Health Exchange

Aon Active Health Exchange crea un mercado dinámico de cobertura de salud para los empleados en ChenMed. Este mercado ofrece un menú de planes estandarizados con múltiples aseguradoras que compiten a nivel del consumidor. Esta estructura innovadora proporciona a los empleados una amplia gama de opciones de cobertura de salud.

Los planes médicos de la compañía garantizan el acceso a los mejores proveedores del país y están integrados con programas clínicos que abordan necesidades agudas y crónicas. La telesalud y las opiniones médicas de expertos aportan comodidad y mejoran la calidad de la asistencia.

Las herramientas de apoyo para la toma de decisiones disponibles ayudan a los empleados a sentirse seguros con sus decisiones para proteger a sus seres más queridos. Los empleados pueden personalizar realmente sus opciones de beneficios.

Aon Exchange proporciona a nuestros empleados de ChenMed algunas ventajas únicas:

- ✓ **Numerosas opciones.** Cada empleado puede consultar y elegir entre varios niveles de cobertura, una variedad de compañías de seguros y una gama de costos. Las opciones pueden variar en función del lugar de residencia.
- ✓ **Precios competitivos.** Las aseguradoras compiten por los clientes, de modo que les interesa ofrecer mejores precios. Además, ChenMed ofrece a los empleados una contribución del empleador (crédito) que pueden utilizar para el gasto de la cobertura.
- ✓ **Recursos útiles.** Además de organizar seminarios web para empleados, dispondremos de excelentes recursos de ayuda antes, durante y después de la inscripción:
 - **Sitio web Make It Yours:** El sitio web **Make It Yours** es un recurso disponible durante todo el año que ofrece información sobre las opciones médicas disponibles, aspectos a tener en cuenta antes de inscribirse y consejos prácticos para que los empleados aprovechen al máximo sus beneficios.
 - **Sitios web de “vista previa” de las compañías de seguros:** Estos sitios están disponibles a través del sitio **Make It Yours** para que los empleados puedan informarse sobre las redes de proveedores de cada aseguradora médica, información sobre medicamentos con receta y otros programas.

¡Es hora de actuar!

Visite **“Make it Yours”**
chenmed.makeityoursource.com para
obtener más información sobre sus
opciones de beneficios médicos (incluida
la cobertura de medicamentos con receta).

Crédito de ChenMed

Los planes del mercado están totalmente asegurados. Eso significa que las compañías de seguro (no ChenMed) son responsables por el gasto de las reclamaciones. Demostraremos nuestro compromiso de ayudar a los miembros del equipo a pagar la cobertura de salud mediante un crédito. Dado que el importe del crédito no cambiará a lo largo del año, nuestro gasto en asistencia de salud será mucho más predecible. Ofrecer un crédito también garantiza que nuestros beneficios sigan siendo asequibles para usted. Cuando se inscriba, podrá ver el importe del crédito de ChenMed y sus opciones de precio en el Portal de Beneficios de ChenMed en digital.alight.com/chenmed o en la aplicación móvil Alight. También podrá acceder a herramientas que le ofrecen una sugerencia personalizada, le ayudan a comparar los detalles de sus opciones, le permiten ver las calificaciones de las compañías de seguro y mucho más.

Crédito de bienestar

Los empleados inscritos en uno de los planes médicos de ChenMed deben completar su **Certificado de bienestar de ChenMed** a fin de recibir el crédito de bienestar para el gasto de su cobertura médica. Su cónyuge no tiene que completar la HRA ni el certificado para recibir el crédito. La participación es gratuita y su información médica personal es completamente confidencial.

- **Certificado de bienestar de ChenMed**

Los empleados y sus cónyuges inscritos que soliciten el crédito de bienestar no deben consumir tabaco y deben cumplir con los elementos de seguridad indicados en el certificado de bienestar. Deberá completar este paso durante su inscripción.

El crédito de bienestar se aplicará automáticamente durante el primer mes de vigencia de su cobertura. Deberá completar el **Certificado de bienestar de ChenMed** durante su inscripción. Una vez completado, se aplicará un crédito de nómina de \$58.00 para usted y \$58.00 para su cónyuge elegible (si está inscrito) a sus pagos de primas.

Opciones de planes médicos

Puede elegir entre cinco diseños de planes de cobertura médica (**Bronze, Bronze Plus, Silver, Gold o Platinum**), ofrecidos por aseguradoras nacionales (**Aetna, Blue Cross Blue Shield, Cigna y UnitedHealthcare**) y regionales (**Health Net, Dean/Prevea360, Kaiser Permanente, Geisinger Health Plan, UPMC, Medical Mutual y Priority Health**).

Las aseguradoras que tiene disponibles dependen de la región en la que viva, según lo determine su código postal. Infórmese sobre cada una de las aseguradoras en el sitio web **Make It Yours**. Cada plan presenta distintos niveles de cobertura para que pueda elegir la opción que mejor se adapte a sus necesidades. Cuando se inscriba, encontrará numerosas herramientas y recursos que le ayudarán a seleccionar un nivel de cobertura.

No pregunte solo en el consultorio de su proveedor para saber si pertenece a la red de las aseguradoras.

The Inside Scoop

Puede navegar fácilmente por el micrositio web de **Make It Yours** hasta llegar a Your Carrier Connection para obtener información sobre el plan o hacer clic en **The Inside Scoop**, donde encontrará artículos y videos sobre muchos temas esenciales de la atención de salud. The Inside Scoop tiene consejos sobre cómo desenvolverse en el sistema de salud, ser un comprador inteligente y ahorrar dinero en la mayoría de los gastos de salud.

Para saber si su médico se encuentra dentro de la red:

- Visite Your Carrier Connection, accesible desde **chenmed.makeityoursource.com** para buscar aseguradoras y obtener información de contacto.
- Cuando se inscriba, verifique las redes de cada compañía de seguros que desee comparar en el Portal de Beneficios de ChenMed. Para obtener los mejores resultados:
 - Busque su proveedor por nombre, no por el nombre del consultorio médico.
 - Marque solo los consultorios que esté dispuesto a visitar.
 - Cuando busque una instalación, utilice su nombre completo y confirme si la especialidad de la instalación está cubierta dentro de la red.

¡Importante! Si tiene alguna duda (por ejemplo, si cubre a dependientes fuera del área) o necesita el nombre de la red, deberá llamar a la compañía de seguros.

Residentes de California

Sus opciones pueden ser diferentes, según la compañía de seguros que elija. Cada compañía de seguros de California puede optar por ofrecer cada nivel de cobertura como una opción que ofrece beneficios dentro y fuera de la red (p. ej., un plan PPO) o como una opción que solo ofrece beneficios dentro de la red (p. ej., un HMO).

Las aseguradoras de California pueden ofrecer la opción Gold estándar o una opción Gold II, pero no ambas. La opción Gold II solo ofrece beneficios dentro de la red y no tiene deducible. Aetna, Blue Cross Blue Shield, Cigna y UnitedHealthcare ofrecen la opción Gold. Health Net y Kaiser Permanente ofrecen la opción Gold II. Las compañías regionales disponibles dependen del código postal de su domicilio.

Obtenga más información sobre sus opciones de cobertura en California y las compañías de seguros en el sitio **Make It Yours**.



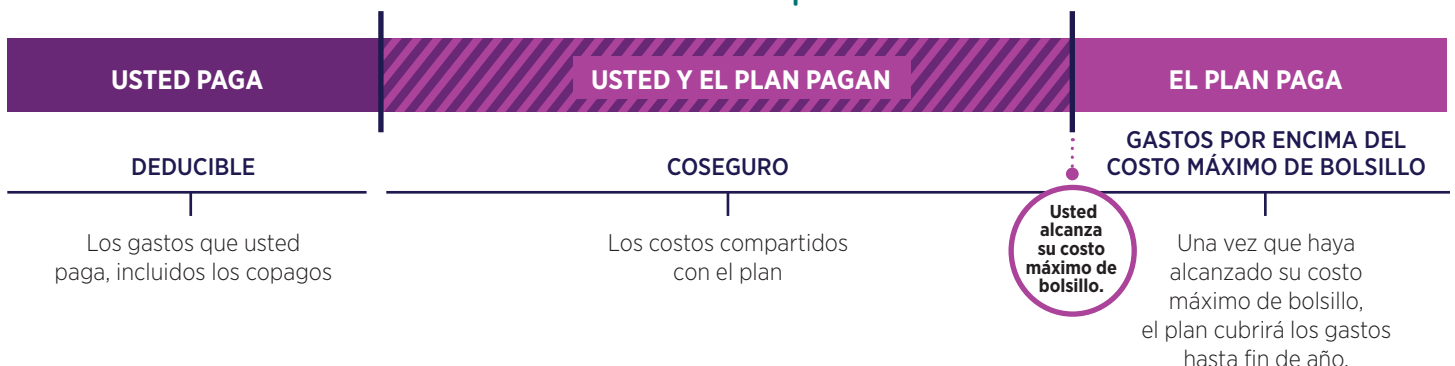
Resumen del plan médico para 2024

	BRONZE	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	PLATINUM
Tipo de plan	Opción con HSA y deducible alto	Opción con HSA y deducible alto	PPO	PPO	PPO que ofrece beneficio limitado para atención fuera de la red*
Deducible anual					
Dentro de la red (Individual/Familiar)	\$3,300/\$6,600	\$2,450/\$4,900	\$1,000/\$2,000	\$800/\$1,600	\$250/\$500
Fuera de la red (Individual/Familiar)	\$3,300/\$6,600	\$2,450/\$4,900	\$2,000/\$4,000	\$1,600/\$3,200	\$5,000/\$10,000
Traditional o True Family	Traditional	True Family	Traditional	Traditional	Traditional
Costo máximo de bolsillo anual					
Dentro de la red (Individual/Familiar)	\$6,400/\$12,800	\$3,900/\$7,800	\$5,300/\$10,600	\$3,600/\$7,200	\$2,300/\$4,600
Fuera de la red (Individual/Familiar)	\$12,800/\$25,600	\$11,500/\$23,000	\$10,600/\$21,200	\$7,200/\$14,400	\$11,500/\$23,000
Traditional o True Family	Traditional	True Family	Traditional	Traditional	Traditional
Beneficio dentro de la red					
Atención preventiva	Cubierto al 100% sin deducible	Cubierto al 100% sin deducible	Cubierto al 100% sin deducible	Cubierto al 100% sin deducible	Cubierto al 100% sin deducible
Visita al consultorio médico	Usted paga el 25% después del deducible	Usted paga el 25% después del deducible	Usted paga \$30 para visitas al médico de atención primaria (PCP) y \$50 para visitas a especialistas, sin deducible	Usted paga \$25 para visitas al médico de atención primaria (PCP) y \$40 para visitas a especialistas, sin deducible	Usted paga \$25 para visitas al médico de atención primaria (PCP) y \$40 para visitas a especialistas, sin deducible
Sala de emergencia	Usted paga el 25% después del deducible	Usted paga el 25% después del deducible	Copago de \$150; luego paga el 30% después del deducible	Usted paga el 25% después del deducible	Usted paga el 15% después del deducible
Atención de urgencia	Usted paga el 25% después del deducible	Usted paga el 25% después del deducible	Copago de \$50	Usted paga el 25% después del deducible	Usted paga el 15% después del deducible
Atención hospitalaria	Usted paga el 25% después del deducible	Usted paga el 25% después del deducible	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 25% después del deducible	Usted paga el 15% después del deducible
Cuidado del paciente ambulatorio	Usted paga el 25% después del deducible	Usted paga el 25% después del deducible	Si no es una visita al consultorio, usted paga el 30% después del deducible	Si no es una visita al consultorio, usted paga el 25% después del deducible	Si no es una visita al consultorio, usted paga el 15% después del deducible

*Para algunas compañías de seguro en CA, CO, DC, GA, MD, OR, VA y WA, el nivel de cobertura Platinum es una opción de HMO que solo cubre la asistencia dentro de la red.

Recuerde lo siguiente: Recibir atención de un proveedor médico dentro de la red siempre le ahorra dinero.

Cómo funciona su plan médico



Comparación de beneficios de medicamentos con receta

Cuando se inscribe en una cobertura médica, automáticamente recibe cobertura de medicamentos con receta. Su cobertura de medicamentos con receta depende de su nivel de cobertura médica y su compañía de seguro médico. Cada administrador de beneficios de farmacia tiene sus propias normas sobre la cobertura de los medicamentos con receta. Por eso, antes de elegir un plan médico y una compañía de seguro, debe informarse sobre la cobertura de sus medicamentos. La aseguradora gestionará sus beneficios de farmacia.

	BRONZE	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	PLATINUM
Medicamentos preventivos	Usted paga \$0**	Usted paga \$0**	Usted paga \$0**	Usted paga \$0**	Usted paga \$0**
Venta minorista de suministro para 30 días					
Nivel 1 (Generalmente las opciones más bajas)	Usted paga el 100% hasta que haya cubierto el deducible, luego paga el 25%	Usted paga el 100% hasta que haya cubierto el deducible, luego paga el 25%	Usted paga \$12	Usted paga \$10	Usted paga \$8
Nivel 2 (Opciones de gastos generalmente medios)	Usted paga el 100% hasta que haya cubierto el deducible, luego paga el 25%	Usted paga el 100% hasta que haya cubierto el deducible, luego paga el 25%	Usted paga \$50	Usted paga \$40	Usted paga \$30
Nivel 3 (Opciones de gastos generalmente más altos)	Usted paga el 100% hasta que haya cubierto el deducible, luego paga el 25%	Usted paga el 100% hasta que haya cubierto el deducible, luego paga el 25%	Usted paga \$70	Usted paga \$60	Usted paga \$50
Suministro de pedidos por correo para 90 días					
Nivel 1 (Generalmente las opciones más bajas)	Usted paga el 100% hasta que haya cubierto el deducible, luego paga el 25%	Usted paga el 100% hasta que haya cubierto el deducible, luego paga el 25%	Usted paga \$30	Usted paga \$25	Usted paga \$20
Nivel 2 (Opciones de gastos generalmente medios)	Usted paga el 100% hasta que haya cubierto el deducible, luego paga el 25%	Usted paga el 100% hasta que haya cubierto el deducible, luego paga el 25%	Usted paga \$125	Usted paga \$100	Usted paga \$75
Nivel 3 (Opciones de gastos generalmente más altos)	Usted paga el 100% hasta que haya cubierto el deducible, luego paga el 25%	Usted paga el 100% hasta que haya cubierto el deducible, luego paga el 25%	Usted paga \$175	Usted paga \$150	Usted paga \$125

**La compañía de seguro o el administrador de beneficios de farmacia determinan cuáles son los medicamentos preventivos. Debe tener una receta médica para el medicamento (incluso para los productos de venta libre [OTC]) y debe utilizar una farmacia de venta minorista dentro de la red o un servicio de pedidos por correo. Es posible que estos cuadros no tengan en cuenta cómo cubre cada nivel de cobertura los beneficios exigidos por el estado, sus capacidades de administración del plan o la aprobación por parte del Departamento de Seguros del estado de los beneficios ofrecidos por el plan. Si tiene preguntas sobre un beneficio concreto, comuníquese con la compañía de seguro para obtener información adicional. Las compañías individuales pueden ofrecer coberturas que difieren ligeramente de las coberturas estándar aquí reflejadas. En caso de alguna discrepancia entre este documento y aquellos que corresponden al plan oficial, siempre primarán los documentos del plan oficial.

En esta tabla se muestra un listado de alto nivel de los beneficios cubiertos habitualmente por las distintas aseguradoras y niveles de cobertura de Aon Active Health Exchange. Para obtener información más detallada sobre estas y otras coberturas, visite el **Portal de Beneficios de ChenMed**.

Beneficios voluntarios

El seguro médico no previene toda la presión financiera de una enfermedad o lesión grave. Muchas familias no tienen ahorros suficientes para cubrir los deducibles y coseguro de un acontecimiento médico importante. Los beneficios voluntarios pueden ayudar a cubrir el riesgo financiero de los gastos de bolsillo por un gasto razonable.

Se pagan los beneficios directamente a usted, lo cual le permite utilizar los fondos según elija. Recibirá el beneficio completo incluso si cuenta con otro seguro. ChenMed ofrece seguro por enfermedades críticas, accidentes e indemnización hospitalaria.*

Seguro por enfermedades críticas




Usted puede protegerse de gastos inesperados por enfermedades graves.

Incluso el plan médico más generoso no cubre todos los gastos de una afección médica grave, como un ataque cardíaco o cáncer. El seguro por enfermedades críticas le paga un beneficio de suma total completa directamente a usted si le diagnostican una enfermedad cubierta que cumpla con los criterios del plan. Se paga el beneficio más otra cobertura de seguro que pueda tener.

Las enfermedades cubiertas incluyen:

- Ataque cardíaco
- Accidente cerebrovascular
- Cáncer
- Trasplante de órganos principales
- Falla renal (riñón) en etapa terminal
- Cirugía de bypass coronario**

Características del plan

-  **Opciones de cobertura pagada por el empleado:** puede elegir un monto de beneficio de \$5,000, \$10,000, \$15,000, \$20,000, \$25,000 o \$30,000. Al cónyuge y a los hijos se les ofrecerá el 50% del importe del beneficio emitido por el empleado.
-  **Aceptación garantizada:** no es necesario llevar a cabo ningún examen físico ni cuestionario de salud.
-  **Cobertura portátil:** puede mantener su póliza si cambia de trabajo o se jubila.



¿Lo sabía?

Los estadounidenses tienen costos de bolsillo promedio de **\$5,000** al año en atención médica.

Encuesta de gastos del consumidor de 2020 de la Oficina de Estadísticas Laborales



Beneficio de bienestar

El plan brinda un beneficio de \$75 por persona cubierta y año calendario si usted o sus dependientes cubiertos completan una prueba de detección de salud cubierta como un examen físico o reciben una vacuna contra la COVID-19 aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

Cómo funciona el seguro por enfermedades críticas

Cuando Marco sufrió un ataque cardíaco, se sintió agradecido con los médicos que pudieron estabilizar su afección. Le informaron que su corazón sufrió algunos daños permanentes. Comenzó a ver que sus gastos se acumulaban rápidamente. La buena noticia es que Marco había recibido un pago único de \$10,000 para ayudarle a cubrir estos gastos de la cobertura por enfermedades críticas que eligió durante la inscripción abierta anual a los beneficios.

* Las pólizas o certificados de cobertura tienen exclusiones y limitaciones que podrían afectar cualquier beneficio que deba pagarse. Las pólizas y los certificados de cobertura, o sus disposiciones, al igual que las enfermedades cubiertas, pueden variar o no estar disponibles en algunos estados para beneficios médicos complementarios.

**La cobertura paga el 25% del monto nominal de la póliza una vez en la vida por una cirugía de bypass coronario.

Seguro por accidentes

Las lesiones graves son dolorosas, pero el impacto financiero del tratamiento médico no tiene por qué serlo.

El seguro por accidentes le paga beneficios de manera directa si sufre alguna lesión cubierta, como fractura, quemadura, daño en un ligamento o conmoción cerebral. Se pagan los beneficios incluso si tiene otra cobertura.

El monto del beneficio se calcula sobre la base del tipo y la gravedad de la lesión y los servicios médicos necesarios para el tratamiento y la recuperación. El plan cubre una amplia variedad de lesiones y gastos relacionados con un accidente que incluye lo siguiente:

- Tratamiento de lesiones (fracturas, dislocaciones, contusiones, quemaduras, laceraciones, etc.)
- Hospitalización
- Fisioterapia
- Tratamiento en la sala de emergencia
- Transporte

Características del plan

- ✓ **Aceptación garantizada:** no es necesario llevar a cabo ningún examen físico ni cuestionario de salud.
- 👨👩👧 **Cobertura familiar:** puede elegir cubrir a su cónyuge e hijos.
- 🕒 **Cobertura las 24 horas del día, los 7 días de la semana:** se pagan beneficios por accidentes que ocurren dentro y fuera del trabajo.
- ➔ **Cobertura portátil:** puede mantener su póliza si cambia de trabajo o se jubila.



Beneficio de examen de salud

El plan brinda un beneficio de \$75 por persona cubierta y año calendario si usted o sus dependientes cubiertos completan una prueba de detección de salud cubierta como un examen físico o reciben una vacuna contra la COVID-19 aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).



Cómo funciona el seguro por accidentes

Sam se tropieza jugando básquetbol. Se fractura el brazo y se rompe un diente, por lo que debe acudir a la sala de emergencia, hacer visitas de seguimiento con el médico y recibir fisioterapia.

Afortunadamente, Sam tiene un seguro por accidentes que le ayuda a cubrir los costos médicos de bolsillo, incluido el deducible y coseguro.

— x + = Cómo se calculó el beneficio de accidentes de Sam:

Servicio médico	Ejemplo de beneficio
Sala de emergencia	\$300
Beneficio por fractura	\$500
Beneficio por diente roto	\$400
Visitas de seguimiento con el médico (2)	\$200 (\$100 por visita)
Consultas de fisioterapia (6)	\$540 (\$90 por visita)
BENEFICIO DE EJEMPLO TOTAL	\$1,940

Este escenario no refleja los beneficios de un plan de seguro por accidentes específico. Los beneficios son genéricos a los efectos de este ejemplo para mostrar cómo se calcula el beneficio total de un plan de seguro por accidentes. El plan que se le ofrece puede brindarle distintos montos de beneficios y es posible que no cubra todos los servicios. Consulte los detalles del plan para ver el programa de beneficios del plan que se le ofrece.

Seguro de indemnización hospitalaria

Reciba pagos para ayudar a cubrir el gasto de una hospitalización.

Si lo admiten en un hospital, los costos de bolsillo no demorarán en acumularse. El seguro de indemnización hospitalaria le paga directamente el beneficio si es admitido en un hospital para recibir atención o debido a un parto. Se pagan los beneficios incluso si tiene otra cobertura.

Recibe un beneficio apenas se lo hospitaliza y luego un beneficio adicional según la cantidad de días que esté internado en el hospital. El beneficio aumenta si lo ingresan y queda internado en la unidad de cuidados intensivos o de rehabilitación de pacientes hospitalizados.

Características del plan

- ✓ **Aceptación garantizada:** no es necesario llevar a cabo ningún examen físico ni cuestionario de salud.
- 👤 **Cobertura familiar:** puede elegir cubrir a su cónyuge e hijos.
- ➔ **Cobertura portátil:** puede mantener su póliza si cambia de trabajo o se jubila.

Beneficios disponibles

Admisión hospitalaria: \$1,000 por día hasta un día

Hospitalización: \$200 por día, hasta 30 días por internación, una vez cada 90 días

Internación inicial: Pago adicional de 5 veces el importe del beneficio diario tras una internación en un hospital, unidad de cuidados intensivos o centro de rehabilitación. Este beneficio se limita a un máximo de cuatro beneficios de internación inicial por año calendario para todas las personas cubiertas, pero no más de uno por cada persona cubierta.

Internación en la ICU: \$400 por día, hasta 30 días por internación, una vez cada 90 días



Beneficio de examen de salud

El plan brinda un beneficio de \$50 por persona cubierta y año calendario si usted o sus dependientes cubiertos completan una prueba de detección de salud cubierta como un examen físico o reciben una vacuna contra la COVID-19 aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

Cómo funciona el seguro de indemnización hospitalaria



Carl se lesionó en un accidente automovilístico y permanece en el hospital durante cuatro días. Luego lo trasladan a una unidad de rehabilitación por tres días más. Carl tiene un seguro de indemnización hospitalaria. Recibe un beneficio porque lo admitieron en el hospital y otro beneficio por cada día de su estadía como paciente hospitalizado y en rehabilitación.



Cómo se calculó el beneficio de indemnización hospitalaria de Carl:

Servicio médico	Beneficio de muestra	Total
Admisión hospitalaria	\$1,000 por admisión	\$1,000
Estadía en el hospital	\$200 por día (4 días)	\$800
Unidad de rehabilitación para pacientes hospitalizados	\$200 por día (3 días)	\$600

TOTAL DEL BENEFICIO DE MUESTRA

\$2,400

Esta situación no representa los beneficios de un plan de seguro de indemnización hospitalaria específico. Los beneficios son genéricos para fines de este ejemplo, para demostrar cómo se calcula el beneficio total de un plan de indemnización hospitalaria. El plan que se le ofrece puede brindar distintos montos de beneficios y es posible que no cubra todos los servicios. Consulte los detalles del plan para ver el programa de beneficios del plan que se le ofrece.

Cuenta de ahorros para la salud (HSA)

Ahorre para cubrir gastos médicos futuros y reduzca su factura de impuestos con esta cuenta de ahorros especial disponible para todos los participantes de los planes Bronze o Bronze Plus.

Una HSA es una cuenta especial de ahorro con impuestos diferidos en la que tanto el empleador como el empleado pueden depositar dinero, hasta los límites anuales del IRS. Puede utilizar los fondos de su HSA para pagar los gastos calificados relacionados con la atención médica, sin pagar impuestos.

Así es como funciona

- Cuando se inscriba en el plan Bronze o Bronze Plus, podrá abrir una HSA.
- Elija el importe que desea aportar de forma quincenal con impuestos diferidos, sin superar el máximo anual.
- El dinero depositado está a su disposición y la de sus dependientes para ayudarles a pagar los gastos médicos calificados, como los deducibles o el coseguro del plan médico, los costos de las recetas, las facturas dentales u otros gastos médicos de bolsillo elegibles.
- Si el dinero no se utiliza al final del año, se transfiere y puede utilizarse en cualquier momento.

Claves para aumentar su HSA:

- Trate de no utilizar su HSA para gastos rutinarios. Si puede pagar gastos de bolsillo, no toque los fondos de su HSA a fin de que puedan crecer para cuando los necesite en el futuro.
- Considere la posibilidad de elegir beneficios médicos complementarios para cubrir los gastos importantes de enfermedades o lesiones graves inesperadas y asegúrese de que no se lleven el dinero de su HSA.
- Supervise el crecimiento de su fondo. Al igual que un 401(k), los fondos de su HSA ganan intereses a través de inversiones. Asegúrese de que su dinero crezca a un ritmo aceptable y seguro.

¿CUÁNTO PUEDE CONTRIBUIR?

	Límite de contribución anual del IRS
Cobertura individual	\$4,150*
Cobertura familiar	\$8,300*

*Los individuos de 55 años o más pueden hacer aportes adicionales de \$1,000 para "ponerse al día".

Visite el micrositio de **Make It Yours** para consultar la Guía del usuario de HSA, que incluye detalles sobre cómo hacer crecer su HSA, pagar con una HSA, acceder a sus fondos en línea y mucho más.

Utilice su tarjeta de débito de Alight Smart-Choice Accounts para su HSA o FSA

- Alight Smart-Choice Accounts le facilita el acceso a los fondos de su HSA o FSA con:
- La tarjeta de débito Alight Smart-Choice Accounts, que se puede utilizar para pagar los gastos elegibles.
- La aplicación móvil Alight Smart-Choice Accounts, que proporciona una forma rápida y segura de controlar su saldo y realizar un seguimiento de los gastos.

Con las HSA, ahorra el triple en impuestos

1. No paga impuesto sobre la renta federal por el dinero que aporta.
2. No paga impuestos por el interés que genera en su cuenta.
3. No paga impuestos cuando utiliza el dinero para pagar servicios médicos calificados.



Cuentas de gastos flexibles (FSA)

Reduzca su impuesto a las ganancias y destine dinero para cubrir necesidades médicas y de cuidado de dependientes.

Las cuentas de gastos flexibles le permiten separar dinero para gastos importantes y le ayudan a disminuir las declaraciones de impuestos al mismo tiempo. ChenMed ofrece tres tipos de cuentas: una FSA para atención médica, otra FSA para propósitos limitados y otra FSA para cuidado de dependientes.



FSA DE ATENCIÓN MÉDICA

Deducibles, copagos, medicamentos con receta, equipo médico, etc.*



FSA DE PROPÓSITO LIMITADO

Funciona con los planes médicos HSA elegibles para cubrir los gastos dentales y de la visión.



FSA DE ATENCIÓN DE DEPENDIENTES

Niñeras, guardería, campamento de día, atención de enfermería domiciliaria, etc.

Cómo funcionan las cuentas de gastos flexibles

1. Durante el período de Inscripción del empleado nuevo, usted decide cuánto dinero destinar a los gastos de la FSA. Puede actualizar el monto una vez por año durante el período de Inscripción abierta anual a los beneficios para el siguiente año del plan. El monto total de su contribución estará disponible para utilizarse en la fecha de entrada en vigor de sus beneficios.
2. Luego, sus contribuciones se deducen de su salario antes de los impuestos, en cuotas iguales a lo largo del año calendario para utilizarlas en gastos cualificados.
3. Puede usar su tarjeta de débito de la FSA para pagar los gastos elegibles en el punto de venta o puede pagar por su cuenta y luego enviar un formulario de reclamación para pedir un reembolso.



¡Úselo o piérdalo!

Asegúrese de calcular sus contribuciones a la FSA con cuidado. Los fondos no estarán disponibles el siguiente año, y tendrá que volverse a inscribir de manera activa todos los años. Las reinscripciones no son automáticas.

CONTRIBUCIÓN ANUAL MÁXIMA

Cuentas de gastos flexibles para atención médica o de propósitos limitados	Aún no se ha anunciado el límite de 2024 Límite actual \$3,050
Cuenta de gastos flexibles para la atención de dependientes	\$5,000 (\$2,500 si está casado y presentan declaraciones impositivas por separado)

Tenga en cuenta que estas cuentas son separadas. No puede utilizar el dinero de la FSA de atención de salud para cubrir gastos elegibles de la FSA de atención de dependientes o viceversa.

*Si usted está inscrito en un plan médico que ofrece una HSA, no es elegible para una FSA para atención médica.

Elementos que tal vez no sepa que son elegibles para la FSA de atención médica:

- Protector solar
- Almohadillas de calor y frío
- Kits de primeros auxilios
- Plantillas ortopédicas
- Almohadas para viajar
- Brazaletes antimareo

Para ver una lista de gastos elegibles para la FSA de atención médica, inicie sesión en ALight y seleccione "Reimbursement Accounts" (Cuentas de reembolso) en el menú superior. En la página "Reimbursement Accounts Overview" (Resumen de las cuentas de reembolso), seleccione "Eligible Expenses" (Gastos elegibles) del menú desplegable "More Options" (Más opciones).

Opciones del plan dental

Mantenga su sonrisa sana Al igual que su cobertura médica, puede elegir el nivel de cobertura dental, el gasto y la compañía de seguro que más le convengan. Puede elegir entre cuatro opciones (**Bronze, Silver, Gold o Platinum**) con diferentes niveles de cobertura. El nivel de cobertura determina cuánto paga de su salario (primas) y cuánto paga de su bolsillo cuando recibe atención médica (deducibles, coseguro, copagos, etc.). Asegúrese de tener en cuenta todos los gastos asociados al elegir un nivel de cobertura. Puede inscribir a cualquier combinación de personas elegibles (usted, su cónyuge y sus hijos) en la opción que elija, aunque no estén inscritas en el plan médico. Cada compañía de seguros dentales (**Aetna, Cigna, Delta Dental, MetLife y UnitedHealthcare**) tiene sus propias redes de proveedores de seguros que pueden variar según el plan. Obtenga más información sobre cada aseguradora en el micrositio web **Make It Yours**.

	BRONZE	SILVER	GOLD	PLATINUM ²
Deducible anual y límites del plan				
Deducible anual (Individual/Familiar)	\$100/\$300	\$100/\$300	\$50/\$150	Ninguno
Máximo anual (Individual/Familiar)	\$1,000 por persona	\$1,500 por persona	\$2,500 por persona	Ninguno
Ortodoncia Máximo de por vida¹	Sin cobertura	\$1,500 por hijo	\$2,000 por persona	Varía según la compañía de seguro
Beneficio dentro de la red				
Atención preventiva	Cobertura del 100%, sin deducible	Cobertura del 100%, sin deducible	Cobertura del 100%, sin deducible	Varía según la compañía de seguro; generalmente cobertura del 100%
Atención de restauraciones menores (p. ej., tratamiento de conducto, tratamiento de enfermedades de las encías y cirugía oral)	Usted paga el 20% después del deducible	Usted paga el 20% después del deducible	Usted paga el 20% después del deducible	Varía según la compañía de seguro
Atención de restauraciones principales (p. ej., implantes, dentaduras postizas)	Sin cobertura	Usted paga el 40% después del deducible	Usted paga el 20% después del deducible	Varía según la compañía de seguro
Ortodoncia	Sin cobertura	Usted paga el 50%, sin deducible; solo niños hasta 19 años	Usted paga el 50%, sin deducible; para niños y adultos	Varía según la compañía de seguro

¹Si cambia de compañía aseguradora, los gastos de ortodoncia en los que haya incurrido con su compañía actual se tendrán en cuenta para el máximo de por vida en ortodoncia de su nueva compañía.

²No disponible en algunas zonas limitadas. Cuando se inscriba, solo aparecerán como opciones los niveles de cobertura para los que reúna los que sea elegible. En esta tabla se muestra un listado de alto nivel de los beneficios cubiertos habitualmente por las distintas aseguradoras y niveles de cobertura de Aon Active Health Exchange. Para obtener información más detallada sobre estas y otras coberturas, visite el **Portal de Beneficios de ChenMed**.

¿Está pensando en contratar el plan Platinum? Los beneficios dentales del plan Platinum pueden valer menos que otras opciones, pero debe designar un dentista de atención primaria que participe en la red Platinum de la compañía de seguros (cuando esté disponible según la aseguradora) y recibir atención de su dentista de atención primaria. La red podría ser considerablemente más pequeña que en otros planes, de modo que asegúrese de controlar la disponibilidad de proveedores antes de inscribirse. Si no designa un dentista de atención primaria al inscribirse, es posible que se le asigne uno. Para cambiar de dentista de atención primaria, deberá ponerse en contacto directamente con la compañía de seguros. Si se inscribe en una opción Platinum y no utiliza un dentista de la red, pagará el gasto total de los servicios.

¿Está pensando en contratar un plan dental Delta? Hay dos redes de Delta Dental en sus opciones Bronze, Silver o Gold. Puede elegir proveedores de sus redes PPO y Premier. Aunque los beneficios son los mismos para ambos, es posible que tenga que pagar más si su dentista es solo parte de la red Premier. Los dentistas de Delta Dental que participan tanto de la red PPO como de la Premier le costarán menos.

Si elige Delta Dental y la opción Platinum, la red Delta Dental aplicable se denomina "DeltaCare". Asegúrese de que su dentista se encuentre dentro de la red DeltaCare (no solo a la red Delta Dental) para aprovechar al máximo los beneficios de su plan.

Plan de la visión

Dispone de varias opciones de plan de la visión que ofrecen una amplia gama de coberturas, desde solo exámenes hasta cobertura de lentes, marcos y lentes de contacto. Puede elegir entre tres niveles de cobertura (**Bronze, Silver y Gold**), ofrecidos por compañías de seguro regionales y nacionales. Los niveles de cobertura están pensados para ofrecerle opciones. Depende de usted elegir el que mejor se adapte a las necesidades de su familia. Cada compañía de seguros de la visión (**EyeMed, MetLife, UnitedHealthcare y VSP Vision Care**) tiene su propia red de proveedores. Si es importante que siga acudiendo al mismo oftalmólogo o a la misma tienda, asegúrese de controlar si su oftalmólogo o tienda están dentro de la red antes de elegir una aseguradora. Visite el micrositio **Make It Yours** para obtener más información sobre cada una de las aseguradoras.

	BRONZE	SILVER	GOLD
Beneficios dentro de la red			
Examen de rutina de la visión (uno por año del plan)	Cubierto 100%	Usted paga \$20	Usted paga \$10
Marcos (uno por año del plan)	Puede aplicarse un descuento	Asignación de \$130 ¹	Asignación de \$200 ¹
Lentes (una vez por año del plan; las lentes premium pueden costar más)			
Monofocales	Puede aplicarse un descuento	Usted paga \$20	Usted paga \$10
Bifocales	Puede aplicarse un descuento	Usted paga \$20	Usted paga \$10
Trifocales	Puede aplicarse un descuento	Usted paga \$20	Usted paga \$10
Progresivo estándar²	Puede aplicarse un descuento	Usted paga \$20	Usted paga \$10
Lenticular	Puede aplicarse un descuento	Usted paga \$20	Usted paga \$10
Mejoras de lentes			
Tratamiento UV	Puede aplicarse un descuento	Usted paga \$15	Usted paga \$15
Tinte (sólido y degradado)	Puede aplicarse un descuento	Usted paga \$15	Usted paga \$15
Plástico estándar Revestimiento resistente a rayaduras	Puede aplicarse un descuento	Usted paga \$15	Usted paga \$15
Revestimiento antirreflectante estándar	Puede aplicarse un descuento	Usted paga \$45	Usted paga \$45
Policarbonato estándar (Adultos)	Puede aplicarse un descuento	Usted paga \$40	Usted paga \$15
Policarbonato estándar (Niños)	Puede aplicarse un descuento	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Otros adicionales	Puede aplicarse un descuento	Solo descuento	Solo descuento
Lentes de contacto			
Necesarios por razones médicas	Sin cobertura	Usted paga \$20	Usted paga \$10
Electivos	Sin cobertura	Asignación de \$130 ¹	Asignación de \$200 ¹
Ajuste y evaluación	Puede aplicarse un descuento	Usted paga \$20	Usted paga \$10
Cirugía con láser			
Electiva	15% de descuento sobre el precio regular o 5% de descuento en el precio promocional	15% de descuento sobre el precio regular o 5% de descuento en el precio promocional	15% de descuento sobre el precio regular o 5% de descuento en el precio promocional

¹La asignación puede utilizarse para marcos o lentes de contacto electivos, pero no para ambos.

²Los beneficios de la visión son para lentes progresivos estándar. Los lentes progresivos mejorados pueden costar más y varían según la compañía de seguros.

En esta tabla se muestra un listado de alto nivel de los beneficios cubiertos habitualmente por las distintas aseguradoras y niveles de cobertura de Aon Active Health Exchange. Para obtener información más detallada sobre estas y otras coberturas, visite el **Portal de Beneficios de ChenMed**.

Seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento

Esté siempre ahí para ayudar financieramente a sus seres queridos.

ChenMed proporciona un seguro básico de vida a término y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D), y ofrece opciones de cobertura adicionales para proteger a los miembros del equipo y sus familias de acontecimientos inesperados de la vida.

Seguro de vida a término y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) básico*

ChenMed proporciona un seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) básico sin ningún gasto para usted y la inscripción es automática.

SEGURO DE VIDA Y POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO BÁSICO	Todos los demás miembros del equipo, incluidos directores de centro, directores superiores, analistas y promotores de atención: 1 salario, hasta \$1,000,000 Directores y superiores: incluye PCP, profesionales de enfermería practicantes, directores de mercado/Centros de Excelencia (COE)/corporativos y superiores: 3 veces el salario, hasta \$1,000,000
REDUCCIÓN POR EDAD	El 1 de enero que coincida con la edad del miembro del equipo o la siguiente 67% a los 65 años; 45% a los 70 años; 30% a los 75 años; 20% a los 80 años; 15% a los 85 años; 10% a los 90 años

Seguro de vida y por AD&D complementario*

También puede optar por comprar para usted, su cónyuge o hijos el seguro de vida y por AD&D complementario, además del beneficio que le paga la compañía. Usted paga el gasto total de este beneficio mediante convenientes deducciones de nómina. El gasto de la cobertura depende de su edad y la cantidad de cobertura elegida. Las reducciones de edad también se aplican a estas coberturas.

MIEMBRO DEL EQUIPO	Cantidades en incrementos de beneficios de \$10,000 hasta el menor de 8 veces el salario anual o \$1,000,000 Importe de emisión garantizado : \$500,000.
CÓNYUGE	Cantidades en incrementos de \$10,000 de beneficio hasta el 100% de la cobertura del miembro del equipo o \$500,000 de importe de emisión garantizado : \$30,000
HIJOS	Cantidades en incrementos de beneficios de \$2,000, sin superar los \$10,000
ASPECTOS DESTACADOS DE LA COBERTURA	<ul style="list-style-type: none">Beneficio acelerado: el 50% del importe de su seguro de vida hasta \$250,000. Cualquier pago reduciría el beneficio por fallecimiento.El importe de la cobertura por AD&D no tiene que coincidir con el importe del seguro de vida complementario. No tiene que completar la prueba de asegurabilidad (EOI) para el seguro por AD&D.

**Es posible que tenga que pagar impuestos sobre la renta por el valor de la cobertura de vida a término superior a \$50,000 y la cobertura del seguro de vida complementario para cónyuge o hijos superior a \$2,000. Este importe, denominado "ingresos imputados", aparecerá en los recibos de sueldo y en el formulario W-2 que recibe al final de cada año. Este valor se determina en función de las tarifas establecidas por el IRS y no de la prima real del seguro. Consulte la sección 79 del IRS.*

Emisión garantizada durante la inscripción para empleados nuevos

En el caso de los empleados nuevos elegibles para participar en el seguro de vida y por AD&D complementario, y que se hayan inscrito en este beneficio, se requiere una EOI para cualquier cantidad que supere el importe de emisión garantizado del empleado.

La EOI se debe completar en el plazo de 31 días desde la inscripción. Si usted y sus dependientes están inscritos y desean aumentar su cobertura, no se requiere la EOI para los montos hasta los importes de emisión garantizada.

Nota: No se permite la doble cobertura para las parejas casadas. Si usted y su cónyuge trabajan para ChenMed, no puede cubrir a su cónyuge con los seguros de vida y por AD&D. Además, ninguno de ustedes puede cubrir a los hijos dependientes con los seguros de vida para hijos y por AD&D.

Está cubierto por un período específico de tiempo o "plazo". Si fallece durante ese plazo, el beneficiario que designe recibirá un pago. Proteja a los que más le importan. Asegúrese de seleccionar o actualizar sus designaciones de beneficiarios.

Beneficios por discapacidad a corto plazo (STD)

La posibilidad de llevar un salario a casa es su activo más valioso. Le ayudamos a protegerlo.

Si una lesión o enfermedad lo dejara sin trabajo y le impidiera ganar un sueldo, ¿cómo cubriría sus facturas y otros gastos domésticos? El seguro por discapacidad le brinda protección de ingresos, al pagar una parte de su salario que puede usar para compensar los gastos por cuenta propia y los salarios perdidos.

Sufre de discapacidad si no puede realizar las tareas materiales de su trabajo habitual y no puede ganar el 80% o más de sus ingresos cubiertos por trabajar en su empleo habitual.

Seguro por discapacidad a corto plazo

El seguro por discapacidad a corto plazo reemplaza una parte de sus ingresos en caso de que deba dejar de trabajar por un período extendido debido a una enfermedad o una lesión.

PLAN DE STD BÁSICO

Gasto	ChenMed paga el 100%
Monto del beneficio	50% de sus ingresos semanales elegibles hasta un máximo de \$1,000 por semana
Inicio del beneficio	8.º día después de la lesión o enfermedad
Duración del beneficio	13 semanas

Seguro de discapacidad a corto plazo voluntario

Según el presupuesto de su hogar, usted podría necesitar cobertura adicional por discapacidad. Para ayudarle a aumentar su protección por discapacidad, ChenMed le ofrece un plan de aumento de cobertura de STD.

PLAN DE AUMENTO DE COBERTURA DE STD

Gasto	100% pagado por el empleado; tarifas basadas en la edad y el salario anual
Monto del beneficio	Hasta el 60% de sus ingresos semanales admisibles a un máximo de \$2,500 semanales de ingresos admisibles combinados
Inicio del beneficio	8.º día después de la lesión o enfermedad
Duración del beneficio	13 semanas



¿Lo sabía?

Se estima que **1 de cada 4** personas de 20 años tendrá una discapacidad de 90 días de duración o más antes de cumplir los 67 años.

Administración del Seguro Social, Seguro por discapacidad, Hechos de 2021

Definición de ganancias: Sueldo o salario base anual del miembro del equipo, sin incluir bonificaciones, comisiones, pago de horas extras y compensaciones extraordinarias.

Nota: Si actualmente está inscrito en algún beneficio a través de ChenMed, mientras esté de licencia, seguirá siendo responsable de pagar el gasto de sus beneficios.

Beneficios por discapacidad a largo plazo (LTD)

El seguro por discapacidad a largo plazo le ayuda a proteger sus finanzas si su discapacidad continúa más allá del período que cubre el plan de cobertura por discapacidad a corto plazo.

Seguro por discapacidad a largo plazo voluntario

Los miembros del equipo a tiempo completo ahora pueden inscribirse en un plan de discapacidad a largo plazo voluntario. Este plan se paga a través de las deducciones de la nómina de los empleados.

PLAN POR LTD VOLUNTARIO

Gasto	Pagado por el empleado al 100%
Período de espera de los beneficios	90 días
Monto del beneficio	60% a \$15,000, 24 meses de ocupación propia Beneficio mínimo: el mayor de \$100 o el 10% del beneficio
Duración del beneficio	Hasta los 65 años

Seguro por discapacidad a largo plazo pagado por el empleador

ChenMed proporciona un beneficio de LTD para los propietarios de tiempo completo, ejecutivos, médicos, auxiliares médicos (PA), funcionarios, doctores en Medicina (MD), enfermeros profesionales (NP) y miembros no gerentes.

PLAN DE LTD PAGADO POR EL EMPLEADOR

Gasto	ChenMed paga el 100%
Período de espera de los beneficios	90 días
Monto del beneficio	60% a \$20,000, ocupación propia hasta 65 años Beneficio mínimo: el mayor de \$100 o el 10% del beneficio
Duración del beneficio	Hasta los 65 años

Definición de ganancias: Sueldo o salario base anual del miembro del equipo, sin incluir bonificaciones, comisiones, pago de horas extras y compensaciones extraordinarias.

Plan ChenMed 401(k)

Construir un futuro financiero saludable es tan importante como cuidar sus necesidades de salud en la actualidad. Reservar dinero para su futuro es fácil con el plan ChenMed 401(k) a través de Principal Financial Group. Cuando se calculan las contribuciones deducidas antes de impuestos federales, existe un impacto menor en el sueldo neto de lo que se podría imaginar.

Usted decide cuánto aportar al plan mediante cómodas deducciones en la nómina y ChenMed igualará una parte de lo que ahorre.

ELEGIBILIDAD

Puede ser elegible para participar en el plan si:

- Tiene al menos 18 años de edad
- Cumplió 60 días de servicio en la empresa

Características del plan

- **Comience a contribuir.** Usted ingresa en el plan el primer día del mes en el que cumple los requisitos de elegibilidad o después de esto. Empezará a realizar contribuciones tan pronto como sea administrativamente posible.
- **Inscripción automática.** Si es un nuevo miembro, se le inscribirá automáticamente en el plan de jubilación a una tarifa del 6% antes de impuestos. Puede optar por renunciar a la inscripción automática o aplazarla a otro porcentaje.
- **Contribuciones de aplazamiento de salario.** La ley federal limita el importe de las contribuciones antes de impuestos o Roth 401(k) después de impuestos que puede realizar al plan cada año. Para el año 2024, podrá diferir hasta \$23,000 anuales y cuando tenga más de 50 años, \$7,500 adicionales. El IRS puede ajustar el límite anual en próximos años. Este plan le permite aplazar el 92% de su salario elegible.
- **Contribuciones equivalentes de Safe Harbor.** Si es un empleado nuevo y realiza contribuciones salariales al plan podrá recibir una contribución equivalente igual al 100% de las contribuciones de aplazamiento de salario hasta el 4% del pago, más el 50% de las contribuciones de aplazamiento de salario (por encima del 4%) hasta el 6% del pago por el año del plan. Su salario puede restringirse al límite de compensación anual anunciado por el IRS.
- **Contribuciones de los empleados que trabajan por hora.** Si es un **miembro del equipo que trabaja por hora**, ChenMed contribuirá con el 3% de sus ganancias a su cuenta 401(k) al final de cada año, incluso si no contribuye con su propio aplazamiento. La contribución estará sujeta a un periodo de gracia de 3 años.
- **Adquisición de derechos.** Siempre tiene derecho sobre el 100% de las contribuciones que se hacen a la cuenta. Podrá adquirir el 100% de los derechos sobre la cuenta de Contribución Equivalente de Safe Harbor conforme al Acuerdo de Inscripción Automática Cualificada (QACA) del empleador después de dos años de servicio.

Elecciones importantes del plan 401(k)

Es importante que ChenMed disponga de la información más actualizada de sus elecciones de inversión en el plan 401(k), así como de sus designaciones de beneficiarios. Si se inscribe en el plan o ya es participante, le recomendamos hacer lo siguiente:

- Ingrese en el sitio web de Principal www.principal.com,
- Agregue su información de contacto y
- realice su inversión y designación de beneficiarios.

Tenga en cuenta que las designaciones de beneficiarios que realice en línea a través del sitio web de Principal tendrán vigencia a efectos del plan 401(k), incluso si ha designado un beneficiario para otros planes de beneficios.

Perks at Works de ChenMed

ChenMed se ha asociado con Perks at Work a fin de brindarle acceso a los descuentos para miembros del equipo y que **no tenga que pagar el precio completo de lo que compra**.

Desde un 30% de descuento en entradas de cine hasta cientos de dólares de descuento en una nueva computadora portátil personal o estancia en un hotel, comience sus compras en Perks at Work para aprovechar los mejores precios privados del mercado.

Características de Perks at Work

- Asista a clases virtuales gratuitas, en directo o a pedido, para adultos y niños, sobre bienestar y autodesarrollo.
- Apoye lo que le importa y examine las colecciones de empresas pequeñas locales, sostenibles y propiedad de minorías. Recomiende un negocio o emprendedor favorito que conozca. Más de 2,000 marcas nuevas se unen al programa cada año.
- Obtenga recompensas en efectivo que se pueden canjear en miles de marcas y que nunca caducan.
- Invite a sus familiares y amigos a disfrutar también de sus ventajas.

¿Qué son los WOWPoints?

Los WOWPoints son puntos de fidelidad que puede ganar y canjear cuando compra a través de Perks at Work de ChenMed. Canjee los WOWPoints que gane comprando en una gran variedad de tiendas de la plataforma por lo que más le guste: viajes, electrónica, ropa, películas, regalos y mucho más. Ganar 10 WOWPoints es como obtener un 10% de devolución en su compra. Además, si es un usuario 5 ESTRELLAS, gana WOWPoints al canjear!

Para registrarse:

1. Ingrese en www.perksatwork.com y haga clic en "Sign Up for Free (Regístrese gratis)"
2. Siga las instrucciones para activar su cuenta

TicketsatWork

Más ventajas. Más ahorro. Más de lo que lo hace feliz.

Estamos aquí para apoyar su bienestar personal y financiero a través de ofertas exclusivas y por tiempo limitado en los productos, servicios y experiencias que necesita y le encantan.

Empiece a ahorrar en:

- Electrónica
- Flores
- Hoteles
- Eventos especiales
- Electrodomésticos
- Membresías de gimnasios
- Entradas de cine
- Parques temáticos
- Automóviles
- Tarjetas de regalo
- Alquiler de automóviles
- **y mucho más.**

¿Es nuevo en TicketsatWork? Empezar es fácil.

1. Visite TicketsatWork.com.
2. Haga clic en *Become a Member (Convertirse en miembro)*.
3. Ingrese el código de su empresa (**ChenMed**) o correo electrónico del trabajo para crear una cuenta.

Asistencia legal

La asistencia legal proporciona acceso a una red de abogados participantes para ayudar en una serie de asuntos legales.

Asesoramiento legal gratuito y con descuento:

Servicios gratuitos de asesoramiento legal: Ejemplos de servicios disponibles sin cargo de su abogado del plan:

- Consulta inicial para cada asunto legal nuevo
- Testamento sencillo para usted y su familia, con actualizaciones anuales
- Formulario de testamento vital específico del estado, basado en la web (puede ser certificado por un notario público)
- Llamadas telefónicas y cartas escritas en su nombre (una por cada asunto legal) cuando el abogado del plan lo considere oportuno;

\$14/mes

(Incluye a los dependientes según la descripción)

Servicios de asesoramiento legal con descuento: Ejemplos de servicios con descuento por los que los abogados cobrarán una tarifa única con un gran descuento:

- Defensa de multas de tráfico \$89
- Testamento simple \$250
- Divorcio simple \$275
- Cierre personal de bienes raíces \$250
- Los abogados del plan con tarifa por hora reducida se han comprometido a cobrar un 40% menos de su tarifa por hora normal, con un mínimo de \$125 por hora, por la atención jurídica más allá de los servicios gratuitos y con descuento. Hay limitaciones en ciertas situaciones, la responsabilidad de los abogados puede requerir a los abogados del plan.

Preparación y asesoramiento fiscal gratuitos:

Los miembros y sus familias reciben preparación gratuita sobre impuestos y asesoramiento ilimitado relacionado con impuestos federales, asistencia en materia de avisos y auditorías del IRS, servicios de planificación y apoyo fiscales para pequeñas empresas por parte de abogados tributarios, contadores públicos (CPA), analistas financieros o agentes inscritos certificados por el IRS.

Soluciones contra el robo de identidad:

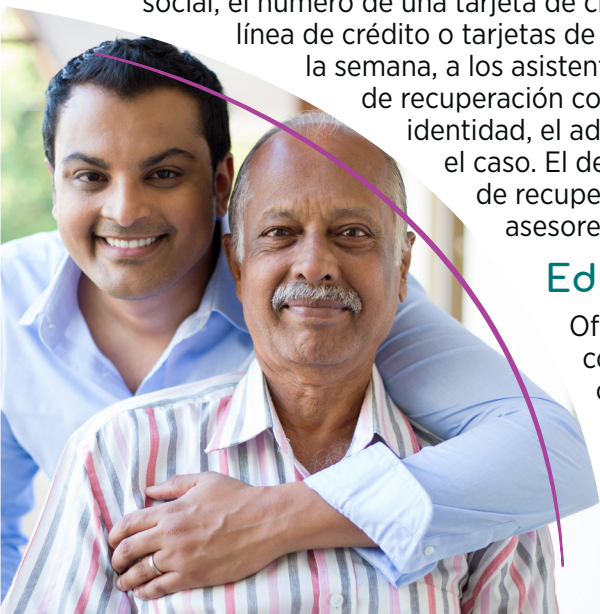
El robo de identidad es el delito financiero de más rápido crecimiento en Estados Unidos y afecta a miles de víctimas cada año. En cuestión de segundos, se puede robar información personal como el número de seguro social, el número de una tarjeta de crédito o una dirección y utilizarla para obtener una nueva hipoteca, una línea de crédito o tarjetas de crédito adicionales. Los miembros tendrán acceso 24 horas al día, 7 días a la semana, a los asistentes de restauración de robo de identidad que les proporcionarán servicios de recuperación completos y personalizados. Si un miembro es víctima de un robo de identidad, el administrador del plan asigna un defensor de la privacidad para gestionar el caso. El defensor moviliza un equipo de recuperación para ayudar en el proceso de recuperación de principio a fin. El equipo incluye investigadores de fraudes, asesores legales, asistentes jurídicos y otros expertos en robo de identidad.

Educación financiera y orientación crediticia:

Ofrece consultas gratuitas, evaluaciones financieras, asistencia para la compra de una vivienda por primera vez, análisis de créditos y deudas, y orientación previa a la quiebra.

Elegibilidad:

La membresía incluye al cónyuge del miembro, a los hijos dependientes y a cualquier persona dependiente que viva en el hogar del miembro del plan, como un padre o abuelo.



Cuidados infantiles de apoyo



Cuidado de apoyo de niños, adultos y ancianos: No se estrese por las vacaciones escolares, inclemencias del clima o cancelaciones de los cuidadores. Programe cuidado infantil en una guardería de alta calidad en un centro, o una guardería a domicilio para un niño, un adulto o familiares mayores.

Acceda a una cantidad de hasta 10 días anuales de asistencia de refuerzo para niños y adultos cuando no estén disponibles sus servicios de asistencia habituales. El cuidado en el centro tiene un valor de \$15 por niño/día o \$25 por familia/día (dos o más niños). El cuidado a domicilio de niños y adultos vale \$6 por hora (se requiere un mínimo de 4 horas; hasta 3 dependientes). La inscripción es gratuita.

Cuidado para toda la familia: encuentre fácilmente niñeras, cuidadores de ancianos y de mascotas (la cuota de membresía a la base de datos está exenta); adelántese en la lista de espera o disfrute de descuentos en las guarderías participantes.

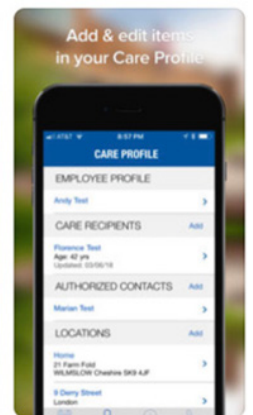
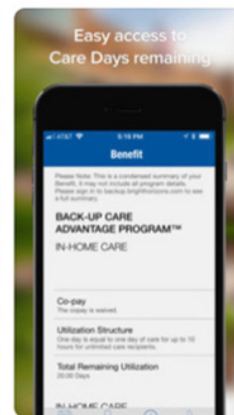
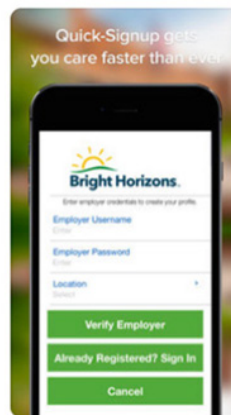
Paso 1: Regístrese

- Visite <https://backup.brighthouse.com>
- Haga clic en "Sign Up" (Registrarse) e introduzca la siguiente información para crear su cuenta.
UN: ChenMed
PW: Benefits4You
- También puede descargar la aplicación móvil (busque "back-up care" (cuidado de apoyo) en App Store o Google Play).



Back-Up Care
Lifestyle

OPEN



Paso 2: Complete su perfil de cuidado

Proporcione información de contacto, destinatarios del cuidado, contactos autorizados y lugares en los que se proveerá el servicio.

Paso 3: Reserva de cuidados de apoyo

Reserve el cuidado en línea, por teléfono o a través de la aplicación móvil

¿Tiene preguntas? Llame al **877-BHCares (877-242-2737)**

ChenMed Cares



¿Qué es ChenMed Cares?

Con el objetivo de mejorar la vida de los miembros del equipo, el programa ChenMed Cares es un fondo de asistencia de emergencia creado para apoyar a las personas de ChenMed que se encuentren en una situación de crisis emergente repentina.

Los miembros del equipo de ChenMed pueden solicitar ayuda para compensar las cargas financieras relacionadas con crisis emergentes repentinas, como la falta de vivienda, la violencia doméstica, los accidentes de transporte, los desastres naturales, la muerte y las emergencias médicas potencialmente mortales.

¿Cómo se financia ChenMed Cares?

ChenMed Cares está financiada por miembros compasivos del equipo, considerados como "Campeones de ChenMed Cares", que donan a través de deducciones de nómina, así como a través de la Fundación de la Familia Chen. Las donaciones pueden oscilar entre \$5 al mes y \$100 o más. Las donaciones se realizan como contribuciones quincenales que son deducibles de impuestos de acuerdo con las leyes fiscales estatales y federales aplicables.

Para obtener más información sobre el Fondo de Ayuda de Emergencia, visite chenmedcares.com.

Beneficios adicionales

Programa de bienestar financiero

SmartDollar es un programa GRATUITO de bienestar financiero para empleados que puede ayudarle a aliviar ese estrés monetario. En el transcurso del programa, aprenderá lo siguiente:

- Cómo realizar un presupuesto
- Cómo salir de las deudas
- Cómo ahorrar para el futuro

Además, puede acceder en cualquier momento, lugar y desde cualquier dispositivo.

SmartDollar tiene las herramientas para ayudarle a gestionar su dinero. Haga un seguimiento de su progreso y obtenga contenidos personalizados con la aplicación gratuita Baby Steps. Manténgase al día con un presupuesto detallado cuando sincronice su cuenta bancaria con la aplicación gratuita y segura de presupuestos, EveryDollar.

Tiene la oportunidad de tomar el control de su dinero y cambiar su árbol genealógico con SmartDollar. Inscríbase hoy mismo, visite smardollar.com/enroll/chenmed o envíe el mensaje de texto chenmed al 33789.

Programa de Asistencia para Empleados (EAP)

El Programa de Asistencia para Empleados de Cigna (EAP) ofrece apoyo para los problemas cotidianos y los desafíos de la vida. Aproveche una amplia gama de servicios disponibles para usted y los miembros de su familia, sin ningún gasto.

- Comuníquese con el EAP de Cigna cualquier día y a cualquier hora al **877-622-4327** o inicie sesión en myCigna.com (Identificación del empleador para el registro inicial: chenmed)
- Obtenga hasta cinco sesiones de asesoramiento presencial por persona al año, con un asesor de su zona, así como sesiones por video
- Derivaciones para el cuidado de niños, ancianos y mascotas
- Consultas financieras, de robo de identidad y legales

TravelConnect®

Los miembros del equipo de ChenMed inscritos en el seguro de vida o por AD&D tienen acceso a la asistencia para viajes en caso de emergencia cuando se encuentren a 100 millas o más de su hogar. TravelConnect lo ayuda con lo siguiente:

- Transporte médico de emergencia para usted, gestión de viajes para un acompañante o sus hijos dependientes, planificación y pago de una evacuación segura debido a un desastre natural, y más
- El servicio está disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana

Visite mysearchlightportal.com e ingrese el número de Identificación del grupo: LFGTravel123 para acceder a los documentos del plan, las instrucciones de llamadas internacionales e información sobre el destino.

AVISOS IMPORTANTES

ACERCA DE ESTA GUÍA

Esta guía destaca sus beneficios. Los documentos oficiales del plan y el seguro rigen los derechos y beneficios de cada plan. Para obtener más detalles sobre sus beneficios, incluidos gastos cubiertos, exclusiones y limitaciones, consulte las Descripciones resumidas del plan (SPD) individual, el documento del plan o el certificado de cobertura de cada plan. Si existe alguna discrepancia entre esta guía y los documentos oficiales, prevalecerá el documento oficial. ChenMed se reserva el derecho de realizar cambios en los beneficios, los costos y otras disposiciones respecto de los beneficios cuando lo considere necesario.

RECORDATORIO DE DISPONIBILIDAD DEL AVISO DE PRIVACIDAD

Este aviso tiene como fin recordarles a los participantes y beneficiarios del plan de salud y bienestar de ChenMed (el "Plan") que este ha emitido un Aviso de privacidad del plan de salud en el que se describe cómo usa y divulga la información de salud protegida (PHI). Usted puede obtener una copia del Aviso de privacidad del plan de salud y bienestar de ChenMed solicitándolo por escrito al Departamento de Recursos Humanos en la siguiente dirección:

ChenMed, Recursos Humanos

1505 NW 167th Street

Miami Gardens, FL 33169

Si tiene preguntas, comuníquese con la Oficina de Recursos Humanos de ChenMed llamando al 833-692-7547.

LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LAS MUJERES

Si se realizó o se realizará una mastectomía, podría tener derecho a recibir ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres (WHCRA) de 1998. Para las personas que reciben beneficios relacionados con una mastectomía, la cobertura se ofrecerá de una manera determinada en consulta entre el médico tratante y la paciente, en el caso de:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en las cuales se realizó una mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para asegurar la simetría.
- Prótesis.
- Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se ofrecerán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables para otros beneficios médicos y de cirugía en virtud de este plan. Por lo tanto, se aplican los deducibles y coseguros siguientes: HSA Choice: Deducción \$2,800/\$5,200, coseguro 25%; HSA Premium: \$2,200/\$4,400 coseguro 10%; Traditional: \$1,500/\$3,000 coseguro 10%. Si desea obtener información sobre los beneficios de la ley WHCRA, llame al administrador de su plan al 833-692-7547.

DIVULGACIÓN DE LA LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE RECIÉN NACIDOS Y MADRES

Los emisores de planes de salud grupales y seguros de salud, en general y de acuerdo con las leyes federales, no están autorizados a limitar los beneficios para cualquier período de hospitalización en relación con el nacimiento de un hijo para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas luego de un parto vaginal, o a menos de 96 horas luego de un parto por cesárea. Sin embargo, la ley federal en general no prohíbe al proveedor asistente de la madre o del recién nacido, luego de consultar con la madre, dar el alta a la madre o al recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas según corresponda). En todo caso, los planes y los emisores no están autorizados, conforme a la ley federal, a exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o el emisor para prescribir una duración de estadía en el hospital mayor de 48 horas (o 96 horas).

USERRA

Su derecho a participar en forma continua en el Plan durante períodos de licencia por deber militar activo está protegido por la Ley de los Derechos del Empleo y Recontratación de los Servicios Uniformados (USERRA). De este modo, si usted se ausenta del trabajo debido a un período de deber militar activo durante menos de 31 días, su participación en el plan no se interrumpirá y seguirá pagando el mismo monto que si no estuviera ausente. Si la ausencia dura más de 31 días, pero menos de 24 meses, puede seguir manteniendo la cobertura del Plan al pagar hasta 102% del total de las primas. Usted y sus dependientes también pueden elegir la cobertura de COBRA. Comuníquese con Recursos Humanos (RR. HH.) de ChenMed para obtener más información.

Además, si decide abandonar su plan de cobertura de salud durante su servicio militar, tiene derecho a reinscribirse en el Plan cuando regrese al trabajo, en general, sin períodos de espera ni exclusiones por afección preexistente, excepto por enfermedades o lesiones vinculados al servicio militar, según corresponda.

AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE DE MEDICARE PARTE D

Sus opciones

Lea este aviso con atención y consérvelo a la vista. Este aviso contiene información sobre su cobertura de medicamentos con receta actual con ChenMed y sobre sus opciones según la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en inscribirse, debe comparar la cobertura actual, incluidos los medicamentos que están cubiertos y su gasto, con la cobertura y los gastos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su área. Al final de este aviso, encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones acerca de la cobertura de sus medicamentos con receta.

Debe saber dos aspectos importantes sobre su cobertura actual y la de medicamentos con receta de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos con receta de Medicare comenzó a estar disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare o se inscribe en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura con una prima mensual más alta.

2. ChenMed ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos con receta ofrecida por los planes médicos ChenMed Medical a través de Express Scripts pague, en promedio, para todos los participantes del plan, tanto como lo hace la cobertura de medicamentos con receta de Medicare estándar y, por lo tanto, se la considera cobertura acreditable. Como su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede mantenerla sin tener que pagar una prima más alta (una multa) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando pasa a ser elegible para Medicare y todos los años desde el 15 de octubre al 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde la cobertura acreditable de medicamentos con receta que tiene actualmente, por motivos ajenos a usted, también será elegible para un Período de Inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué sucede con su cobertura si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, resultará afectada su cobertura actual de ChenMed. Si usted o un dependiente cubierto deciden inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, Medicare será el pagador secundario de los costos de los medicamentos con receta. En otras palabras, el plan ChenMed pagará en primer lugar las reclamaciones de medicamentos con receta elegibles. Si hay reclamaciones de medicamentos con receta que no están cubiertos o parcialmente cubiertos por el plan de ChenMed, Medicare puede pagar los gastos elegibles que no pague el plan de ChenMed.

¿Cuándo pagará una prima mayor (multa) por inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si deja o pierde su cobertura actual con ChenMed y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días consecutivos después de que su cobertura actual finalice, es posible que deba pagar una prima más alta (una multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si permanece 63 días consecutivos o más sin una cobertura acreditable de medicamentos con receta, la prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima básica para beneficiarios de Medicare al mes y por cada mes que no haya recibido esa cobertura. Por ejemplo, si permanece 19 meses sin cobertura acreditable, la prima puede ser siempre 19% más cara que la prima básica para beneficiarios de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (una multa) mientras tenga la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

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

Contacte a la persona indicada a continuación. NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en que puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si cambia esta cobertura de ChenMed. Además, puede solicitar una copia de este aviso cuando lo desee.

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

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta en el manual "Medicare y usted". Recibirá por correo una copia del manual por parte de Medicare todos los años. También es posible que se comuniquen directamente con usted desde los planes de medicamentos de Medicare. Para más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, visite www.medicare.gov.

Llame a su Programa de asistencia sobre seguros de salud estatal para obtener ayuda personalizada. Consulte la contraportada interior de su copia del manual "Medicare y usted" para ver su número de teléfono.

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si sus ingresos y recursos son limitados, dispone de una ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov, o llame al: 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778)

Fecha: 29 de septiembre de 2022

Nombre de la entidad/remite: ChenMed

Contacto: ChenMed HR

ChenMed

Dirección: 1505 NW 167th Street,

Miami Gardens, FL 33169

Número de teléfono: 833-692-7547

Recuerde lo siguiente: Guarde este aviso de cobertura acreditable. Si decide unirse a uno de los planes de medicamentos de Medicare es posible que le soliciten que presente una copia de este aviso cuando se inscriba para mostrar si mantuvo o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si deberá pagar una prima más alta (multa).

SUS DERECHOS ERISA

Como participante del plan de beneficios de ChenMed, le corresponden ciertos derechos y protecciones según la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA) de 1974 y sus enmiendas. ERISA establece que todos los participantes del plan deben recibir información sobre su plan y beneficios, continuar su cobertura grupal del plan de salud y hacer valer sus derechos. ERISA también exige que los fiduciarios del plan actúen en forma prudente.

Recibir información sobre el plan y los beneficios
Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Consultar, sin cargo alguno, en la oficina del administrador del plan, todos los documentos del plan, incluidos contratos de seguro pertinentes, acuerdos de fideicomiso y una copia del último informe anual (Formulario de la serie 5500) archivados por el plan con el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y disponibles en la Sala de Información Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados.
- Obtener, luego de solicitarlo por escrito al administrador del plan, copias de los documentos que rigen el funcionamiento del plan, incluidos contratos de seguro y copias del último informe anual (Formulario de la serie 5500), y una descripción resumida y actualizada del plan. El administrador podrá cobrar un cargo razonable por las copias.
- Recibir un informe resumido del informe financiero anual del plan. La ley exige que el administrador del plan proporcione a cada participante una copia de este Informe anual resumido.

Continuación de la cobertura del plan de salud grupal

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Acceder a atención médica continua para usted, su cónyuge o sus dependientes si pierden cobertura con el plan como resultado de un evento calificado. Es posible que usted o sus dependientes deban pagar dicha cobertura. Evaluar esta descripción resumida del plan con respecto a las reglas que rigen sus derechos de cobertura de continuación de COBRA.
- Reducir o eliminar períodos excluyentes de cobertura para condiciones preexistentes de su plan de salud grupal si tiene una cobertura acreditable de otro plan. Deberá recibir un certificado de cobertura acreditable gratuito de su plan de salud grupal o emisor de seguro de salud cuando:
 - Pierda cobertura con el plan.
 - Pueda elegir la cobertura de continuación de COBRA.
 - La solicite hasta 24 meses luego de perder la cobertura.

Acciones prudentes por parte de los fiduciarios del plan

Además de crear derechos para los participantes del plan, ERISA impone obligaciones para las personas que sean responsables del funcionamiento de los planes. Las personas que se encargan de sus planes se denominan "fiduciarios" y tienen la obligación de actuar con prudencia y respeto de los intereses que manifiesten tanto usted como otros participantes y beneficiarios del plan. Nadie, incluido su empleador o cualquier otra persona, puede despedirlo o discriminarlo en forma alguna para evitar que obtenga un beneficio o que ejerza sus derechos de acuerdo con ERISA.

Hacer valer sus derechos

Si se rechaza o ignora su solicitud para recibir un beneficio, total o parcialmente, tendrá derecho a lo siguiente:

- Saber por qué se hizo.
- Obtener copias de documentos relacionados con la decisión sin costo alguno.
- Apelar cualquier rechazo.

Todas estas acciones deben realizarse dentro de ciertos plazos. De acuerdo con ERISA, hay una serie de pasos que podrá seguir para hacer valer sus derechos. Por ejemplo, puede presentar una demanda en un tribunal federal en las situaciones siguientes:

- Si pide una copia de los documentos del plan o el último informe anual del plan y no los recibe dentro de los 30 días. En tal caso, el tribunal puede exigir que el administrador del plan presente el material y le pague hasta \$110 por día hasta que lo reciba, a menos que dicho material no se haya enviado por motivos que exceden al administrador.
- Si ha seguido todos los procedimientos de presentación y apelación de un reclamo (como se describió anteriormente en este resumen) y se rechaza o ignora su pedido de beneficios en su totalidad o en parte. También puede presentar una denuncia en un tribunal estatal.
- Si no está de acuerdo con la decisión del plan o la falta de esta con respecto al estado calificado de las órdenes de relaciones domésticas o ayuda médica infantil.
- Si los fiduciarios no hacen un uso correcto del dinero del plan o si se lo discrimina por hacer valer sus derechos. También puede solicitar ayuda del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos.

El tribunal decidirá quién deberá pagar los gastos judiciales y los honorarios legales. Si su solicitud obtiene una respuesta favorable, el tribunal podrá exigir a la persona que usted haya demandado que pague estos gastos y honorarios. Si usted pierde, el tribunal podrá exigir que usted pague estos gastos y honorarios. Esto puede suceder si el tribunal determina que su reclamo no es válido.

Ayuda con sus preguntas

Si tiene preguntas sobre cómo funciona su plan, contacte al departamento de Recursos Humanos. Si tiene preguntas sobre este documento, sobre sus derechos según ERISA o si necesita ayuda para obtener documentos del administrador del plan, deberá contactar a la oficina más cercana que aparece en el sitio web de EBSA:

<https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/about-us/regional-offices>

O puede escribir a:
Division of Technical Assistance and Inquiries
Employee Benefits Security Administration
U.S. Department of Labor
200 Constitution Avenue, NW
Washington, DC 20210

También puede obtener publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades según ERISA al llamar a la línea de asistencia a Empleados y Empleadores de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados al: 1-866-444-3272. También puede visitar el sitio web de la EBSA en internet en:
<https://www.dol.gov/agencies/ebsa>.

DERECHOS DE COBERTURA DE CONTINUACIÓN CONFORME A COBRA

Introducción

Usted recibe este aviso porque recientemente inició una cobertura con un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la cobertura de continuación de COBRA, que es una extensión de cobertura temporal del Plan. En general, en este aviso se explica la cobertura de continuación de COBRA, cuándo entra en vigor para usted y su familia, y qué necesita hacer para proteger su derecho a recibirla.

El derecho a la cobertura de continuación de COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Omnibus de Conciliación Presupuestaria Consolidada de 1985 (COBRA). Usted puede acceder a la cobertura de continuación de COBRA cuando haya perdido su cobertura de salud grupal.

Otros miembros de su familia que estén cubiertos por el Plan también podrán acceder a la cobertura cuando, de otra manera, perderían su cobertura de salud grupal. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones según el Plan y la ley federal, deberá evaluar la descripción resumida del Plan o contactar al administrador del Plan.

Si pierde su cobertura de salud grupal, puede acceder a otras opciones disponibles. Por ejemplo, podrá comprar un plan individual mediante el mercado de seguros de salud (www.healthcare.gov). Al inscribirse en la cobertura mediante el Mercado, es posible que califique para reducir los gastos de sus primas mensuales y sus costos de bolsillo. Además, puede calificar a fin de acceder a un período de inscripción especial de 30 días de otro plan de salud grupal para el cual reúna los requisitos (como un plan para su cónyuge) o si su plan en general no acepta inscriptos tardíos.

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando esta debería finalizar de otro modo debido a un evento llamado "evento calificado". Los eventos calificados específicos se indican más adelante en este aviso. Luego de un evento calificado, la cobertura de continuación de COBRA se debe ofrecer a todas las personas que sean "beneficiarios calificados". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían ser beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido al evento calificado. Según el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la cobertura de continuación de COBRA deben pagar dicha cobertura.

Si usted es un empleado, pasará a ser un beneficiario calificado si pierde su cobertura con el Plan en caso de que ocurra alguno de los siguientes eventos calificados:

- Se reducen sus horas de trabajo, o
- Finaliza su empleo por cualquier motivo, excepto por una falta grave de su parte.

Si usted es el cónyuge de un empleado, pasará a ser un beneficiario calificado si pierde su cobertura con el Plan en caso de que ocurra alguno de los siguientes eventos calificados:

- Su cónyuge muere.
- Se reducen las horas de empleo de su cónyuge.
- Finaliza el empleo de su cónyuge por cualquier motivo, excepto por una falta grave de su parte.
- Su cónyuge adquiere el derecho a los beneficios de Medicare (de la Parte A, Parte B o ambos).
- Se divorcia o separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden su cobertura con el Plan debido a alguno de los siguientes eventos calificados:

- El padre empleado muere.
- Se reducen las horas de trabajo del padre empleado.
- Finaliza el empleo del padre empleado por cualquier motivo, excepto por una falta grave de su parte.
- El padre empleado adquiere el derecho a los beneficios de Medicare (de la Parte A, Parte B o ambos).
- Los padres se divorcian o separan legalmente.
- El niño deja de ser elegible para una cobertura según el plan como un "hijo dependiente".

¿Cuándo se puede acceder a la cobertura de COBRA?

El Plan ofrecerá una cobertura de continuación de COBRA a los beneficiarios calificados únicamente luego de que se haya notificado al administrador del Plan que ocurrió un evento calificado. Cuando el evento calificado es la finalización del empleo o la reducción de las horas de empleo, el fallecimiento del empleado o si el empleado pasa a ser elegible para los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), el empleador debe notificar el evento calificado al administrador del Plan.

Deberá informar algunos eventos calificados

Para el resto de los eventos calificados (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge, o si un hijo dependiente ya pierde la elegibilidad para recibir cobertura como hijo dependiente), deberá notificar al administrador del plan dentro de los 60 días luego del evento calificado. Deberá informar a: Recursos Humanos de ChenMed o al administrador de COBRA.

¿Cómo se brinda la cobertura de COBRA?

Una vez que se haya notificado al administrador del Plan que ocurrió un evento calificado, la cobertura de continuación de COBRA se ofrecerá a cada uno de los beneficiarios que cumpla con los requisitos de elegibilidad. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus cónyuges y los padres pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos. Cualquier beneficiario calificado que no elija COBRA dentro del período de elección de 60 días especificado en el aviso de elección perderá su derecho a elegir COBRA.

La cobertura de continuación de COBRA es una cobertura temporal de continuación que en general dura 18 meses debido a la finalización del empleo o reducción de horas laborales. Los eventos calificados pueden ser: el fallecimiento del empleado, el empleado pasa a ser elegible para los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), la separación legal o el divorcio, o la pérdida de elegibilidad del hijo dependiente como tal. En estos eventos, la cobertura de continuación de COBRA tiene una duración de hasta un total de 36 meses. Cuando el evento calificado es la finalización del empleo o la reducción de las horas laborales del empleado y este pasa a ser elegible para los beneficios de Medicare menos de 18 meses antes del evento calificado, la cobertura de continuación de COBRA para beneficiarios calificados que no sean el empleado tiene una duración de hasta 36 meses luego de la fecha en que comience a ser elegible para Medicare. Por ejemplo, si un empleado cubierto pasa a ser elegible para recibir Medicare 8 meses antes de la fecha en la cual finaliza su empleo, la cobertura de continuación de COBRA para su cónyuge e hijos puede durar hasta 36 meses luego de la fecha en la que comience su elegibilidad para Medicare, lo cual equivale a 28 meses luego de la fecha del evento calificado (36 meses menos 8 meses). De lo contrario, cuando el evento calificado es el fin del empleo o la reducción de las horas laborales del empleado, la cobertura de continuación de COBRA en general tiene una duración de hasta 18 meses en total. Hay dos formas en las que puede extenderse este período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA.

Extensión del período de 18 meses de la cobertura de continuación por discapacidad

Si la Administración del Seguro Social determina que usted o alguien en su familia cubiertos por el Plan se encuentran discapacitados y usted lo notifica al administrador del Plan en forma puntual, usted y toda su familia pueden recibir hasta 11 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, durante 29 meses como máximo. La discapacidad debe haber comenzado antes del día número 60 de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar al menos hasta finalizar el período de 18 meses de la cobertura de continuación.

La extensión por discapacidad está disponible solo si notifica al administrador del Plan por escrito acerca de la determinación de discapacidad de la Administración del Seguro Social en un plazo de 60 días luego de lo último que ocurra entre estas opciones: la fecha de la determinación de discapacidad de la Administración del Seguro Social, la fecha de la finalización del empleo o la reducción de horas del empleado cubierto, y la fecha en la cual el beneficiario elegible pierde (o perdería) la cobertura en virtud de los términos del Plan como resultado de la finalización o reducción de horas del empleado cubierto. También debe entregar esta notificación en un plazo de 18 meses luego de la finalización o reducción de horas del empleado cubierto para tener derecho a recibir esta extensión. Debe proporcionar la notificación comunicándose con WEX y completando la solicitud de prórroga.

Correo electrónico: cobraforms@wexhealth.com
Correo postal: WEX, PO Box 869, Fargo, ND 58107-0869.

Extensión del período de 18 meses de la cobertura de continuación por un segundo evento calificado

Si otro evento calificado ocurre en su familia mientras recibe los 18 meses de cobertura de continuación de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes pueden recibir hasta 18 meses adicionales de la cobertura de continuación de COBRA, por 36 meses como máximo, si se notifica del segundo evento calificado al Plan en forma adecuada. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la cobertura de continuación si el empleado o el antiguo empleado fallece, pasa a ser elegible para los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas) o se divorcia o separa legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible según el Plan como hijo dependiente, pero solo si el evento hubiera causado que la esposa o el hijo dependiente perdiesen la cobertura bajo el Plan si el primer evento calificado no hubiera ocurrido.

Otras opciones de cobertura

En vez de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, existen otras opciones de cobertura para usted y su familia en el Mercado de Seguros de Salud, mediante Medicaid u otras opciones de cobertura de plan de salud (como el plan de un cónyuge) a través del "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden representar un gasto menor que la cobertura de continuación de COBRA. Para obtener más información sobre muchas de estas opciones, visite www.healthcare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de en la cobertura de continuación de COBRA después de que termine la cobertura de mi plan de salud grupal?

En general, si usted no se inscribe en Medicare Parte A o B cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene

un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en Medicare Parte A o B, a partir de los siguientes plazos, lo que ocurra primero:

- El mes después de que termina su relación laboral, o
- El mes después de que termina la cobertura del plan de salud grupal en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y, en cambio, elige la cobertura de continuación de COBRA, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte B y que se produzca una interrupción en su cobertura si decide que desea la Parte B más adelante. Si elige la cobertura de continuación de COBRA y luego se inscribe en Medicare Parte A o B antes de que termine la cobertura de continuación de COBRA, es posible que el Plan finalice su cobertura de continuación. Sin embargo, si Medicare Parte A o B entra en vigor en la fecha de la elección de COBRA o antes, es posible que la cobertura de COBRA no se suspenda debido a la elegibilidad para Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura de COBRA.

Si está inscrito en la cobertura de continuación de COBRA y en Medicare, en general, Medicare pagará en primer lugar (principal pagador) y la cobertura de continuación de COBRA pagará en segundo lugar. Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si usted no está inscrito en Medicare. Para obtener más información, visite <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

Si tiene preguntas

Las preguntas sobre su Plan o sus derechos de cobertura de continuación de COBRA deben dirigirse al contacto o los contactos identificados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos según la ley ERISA, inclusive la ley COBRA, la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y otras leyes que afectan los planes de salud grupales, comuníquese con la oficina regional o el distrito de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos en su región o visite el sitio web en <https://www.dol.gov/agencies/ebsa>. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas de EBSA regionales y de los distritos están disponibles en el sitio web de EBSA).

Informe a su Plan los cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, debe informar al administrador del Plan todos los cambios en las direcciones de los miembros de la familia. También debe tener una copia para sus registros de los avisos que envíe al administrador del Plan.

Información de contacto del Plan

Para obtener más información sobre el plan y la continuación de COBRA, contacte a:
Supervisor de Beneficios de ChenMed
1505 NW 167th Street
Miami Gardens, FL 33169
833-692-7547

ASISTENCIA PARA PRIMAS DE MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP, y califican para recibir la cobertura de salud de su empleador, es posible que el estado en el que viven cuente con un programa de asistencia para primas que puede ayudar a pagar la cobertura mediante los fondos de los programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para primas, pero es posible que puedan comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que se indican a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si se encuentra disponible la asistencia para primas.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP y cree que usted o alguno de sus dependientes pueden ser elegibles para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW** o visite www.insurekidsnow.gov para saber cómo presentar una solicitud. Si califica, pregunte a su estado si cuenta con un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para la asistencia para primas de Medicaid o CHIP, además de ser elegibles para el plan del empleador, este último debe permitirle inscribirse en su plan si aún no está inscrito. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días desde que se determine que es elegible para recibir la asistencia para primas. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia en el pago de las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2023. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA: Medicaid

Sitio web: <http://myalhipp.com/>
Teléfono: 1-855-692-5447

ALASKA: Medicaid

Programa de pago de primas del seguro de salud de AK
Sitio web: <http://myakhipp.com/>
Teléfono: 1-866-251-4861
Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com
Elegibilidad para Medicaid: <http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx>

ARKANSAS: Medicaid

Sitio web: <http://myarhipp.com/>
Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

CALIFORNIA: Medicaid

Sitio web: Programa de pagos de primas del seguro de salud (HIPP) <http://dhcs.ca.gov/hipp>
Teléfono: 916-445-8322
Fax: 916-440-5676
Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO: Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)

Sitio web de Health First Colorado:
<https://www.healthfirstcolorado.com/>
Centro de Contacto para Miembros de Health First Colorado:
1-800-221-3943/Servicio de retransmisión del estado 711
CHP+: <https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-healthplan-plus>
Servicio de Atención al Cliente de CHP+: 1-800-359-1991/
Servicio de retransmisión del estado 711
Programa de Compra de Seguros de Salud (HIBI):
<https://www.mycohibi.com/>
Servicio de Atención al Cliente de HIBI: 1-855-692-6442

FLORIDA: Medicaid

Sitio web: <https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html>
Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA: Medicaid

Sitio web de HIPP de GA: <https://medicaid.georgia.gov/healthinsurance-premium-payment-program-hipp>
Teléfono: 678-564-1162, presione 1
Sitio web de CHIPRA de GA:
<https://medicaid.georgia.gov/programs/third-partyliability/childrens-health-insurance-program-reauthorizationact-2009-chipra>
Teléfono: (678) 564-1162, presione 2

INDIANA: Medicaid

Healthy Indiana Plan para adultos de 19 a 64 años con bajos ingresos
Sitio web: <http://www.in.gov/fssa/hip/>
Teléfono: 1-877-438-4479
Todos los otros de Medicaid
Sitio web: <https://www.in.gov/medicaid/>
Teléfono: 1-800-457-4584

IOWA: Medicaid y CHIP (Hawki)

Sitio web de Medicaid: <https://dhs.iowa.gov/ime/members>
Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366
Sitio web de Hawki: <http://dhs.iowa.gov/Hawki>
Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563
Sitio web de HIPP: <https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp>
Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562

KANSAS: Medicaid

Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/>
Teléfono: 1-800-792-4884
Teléfono de HIPP: 1-800-766-9012

KENTUCKY: Medicaid

Sitio web del Programa de pago de primas del seguro de salud integrado de Kentucky (KI-HIPP):
<https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihhipp.aspx>
Teléfono: 1-855-459-6328
Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov
Sitio web de KCHIP:

<https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx>

Teléfono: 1-877-524-4718
Sitio web de Medicaid de Kentucky: <https://chfs.ky.gov>

LOUISIANA: Medicaid

Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp
Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)

MAINE: Medicaid

Sitio web para inscripciones:
https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US
Teléfono: 1-800-442-6003
TTY: servicio de retransmisión de Maine 711
Página web de Primas de seguros de salud privados:
<https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>
Teléfono: 1-800-977-6740
TTY: servicio de retransmisión de Maine 711

MASSACHUSETTS: Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.mass.gov/mashealth/pa>
Teléfono: 1-800-862-4840
TTY: (617) 886-8102

MINNESOTA: Medicaid

Sitio web: <https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp>
Teléfono: 1-800-657-3739

MISSOURI: Medicaid

Sitio web: <http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm>
Teléfono: 573-751-2005

MONTANA: Medicaid

Sitio web: <http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>
Teléfono: 1-800-694-3084
Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov

NEBRASKA: Medicaid

Sitio web: <http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>
Teléfono: 1-855-632-7633
Lincoln: 402-473-7000
Omaha: 402-595-1178

NEVADA: Medicaid

Sitio web de Medicaid: <http://www.dhcfp.nv.gov>
Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900

NEW HAMPSHIRE: Medicaid

Sitio web: <https://www.dhhs.nh.gov/programsservices/medicaid/health-insurance-premium-program>
Teléfono: 603-271-5218
Línea gratuita para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218

NEUVA JERSEY: Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid:
<https://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/>
Teléfono de Medicaid: 609-631-2392
Sitio web de CHIP: <http://www.njfamilycare.org/index.html>
Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710

NEUVA YORK: Medicaid

Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
Teléfono: 1-800-541-2831

NORTH CAROLINA: Medicaid

Sitio web: <https://medicaid.ncdhhs.gov/>
Teléfono: 919-855-4100

NORTH DAKOTA: Medicaid

Sitio web: <http://www.nd.gov/dhs/services/medicalsev/medicaid/>
Teléfono: 1-844-854-4825

OKLAHOMA: Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.insureoklahoma.org>
Teléfono: 1-888-365-3742

OREGON: Medicaid

Sitio web: <http://www.healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx>
<http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html>
Teléfono: 1-800-699-9075

PENNSYLVANIA: Medicaid

Sitio web: <https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPPProgram.aspx>
Teléfono: 1-800-692-7462
Sitio web de CHIP: <https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx>
Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)

RHODE ISLAND: Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.eohhs.ri.gov/>
Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (línea directa de Rite Share)

SOUTH CAROLINA: Medicaid

Sitio web: <https://www.scdhhs.gov>
Teléfono: 1-888-549-0820

SOUTH DAKOTA: Medicaid

Sitio web: <http://dss.sd.gov>
Teléfono: 1-888-828-0059

TEXAS: Medicaid

Sitio web: <http://gethiptexas.com/>
Teléfono: 1-800-440-0493

UTAH: Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid: <https://medicaid.utah.gov/>
Sitio web de CHIP: <http://health.utah.gov/chip>
Teléfono: 1-877-543-7669

VERMONT: Medicaid

Sitio web: <https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program>
Teléfono: 1-800-250-8427

VIRGINIA: Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.coverva.org/en/famis-select>
<https://www.coverva.org/en/hipp>
Teléfono de Medicaid y CHIP: 1-800-432-5924

WASHINGTON: Medicaid

Sitio web: <https://www.hca.wa.gov/>
Teléfono: 1-800-562-3022

WEST VIRGINIA: Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://dhhr.wv.gov/bms/http://mywvhipp.com/>
Teléfono de Medicaid: 304-558-1700
Línea gratuita de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

WISCONSIN: Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm>
Teléfono: 1-800-362-3002

WYOMING: Medicaid

Sitio web: <https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/>
Teléfono: 1-800-251-1269

Para consultar si desde el 31 de julio de 2023 algún otro estado ha agregado un programa de asistencia destinado al pago de las primas u obtener más información sobre los derechos a inscripción especial, comuníquese con las entidades siguientes:

Departamento de Trabajo de los Estados Unidos Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA)

www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid**

www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción de menú 4, int. 61565

Información de contacto

PLAN	PRESTADOR	NÚMERO DE GRUPO	NÚMERO DE TELÉFONO	SITIO WEB
Seguro médico, de medicamentos con receta, dental y de la visión	La disponibilidad de las aseguradoras depende de la región en la que viva, según lo determine su código postal. Infórmese sobre las distintas compañías disponibles en el sitio web Make It Yours . El sitio web Make It Yours también ofrece sitios de vista previa de las compañías de seguros para que pueda conocer todas las opciones disponibles.			
Cuenta de ahorros para la salud (HSA)	Alight	Smart-Choice	855-536-8228	digital.alight.com/chenmed
Atención a las personas dependientes/ Asistencia sanitaria con fines limitados/ Cuentas de gastos flexibles (FSA)	Alight	Smart-Choice	855-536-8228	digital.alight.com/chenmed
Seguro por AD&D básico y opcional Seguro de vida básico y opcional Seguro por discapacidad a corto plazo a largo plazo Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA)	Lincoln Financial	09-LF0903	855-745-8604	www.MyLincolnPortal.com
Plan de enfermedades críticas, Indemnización hospitalaria Plan contra accidentes	Cigna	CI0961503, HC0960830, AI0961582	800-997-1654	http://www.cigna.com/ o my.cignasupplementalhealth.com/chen-medical-associates
Plan de protección legal	Legal Club	N/A	800-305-6816	http://www.legalclub.com/
Plan de Asistencia para Empleados (EAP)	Cigna		877-622-4327	myCigna.com (Id. del empleador para el registro: chenmed)
TravelConnect (Asistencia de emergencia en viajes)	Lincoln Financial Group	LFGTravel123	EE. UU. o Canadá: 866-525-1955 Llamada con cobro revertido desde cualquier lugar: +1-603-328-1955	mysearchlightportal.com (ingrese el Id. del grupo: LFGTravel123) Correo electrónico: mail@oncallinternational.com
Plan de jubilación 401(k)	Principal Financial Group	714734	800-547-7754	www.principal.com
Línea de Cumplimiento, Asistencia y Denuncias (CARL)	ChenMed	N/A	866-571-5105	CARL@chenmed.com
Portal de beneficios de ChenMed	ChenMed	N/A	855-536-8228	digital.alight.com/chenmed
Cuidados infantiles de apoyo	Bright Horizons	N/A	877-242-2737	www.backup.brighthorizons.com



NOTA: Esta guía no es una descripción completa de los beneficios de ChenMed. Para obtener la información completa, consulte el Resumen de la Descripción del Plan ("SPD") y los documentos del plan. Si hay algún conflicto entre la información presentada aquí y los documentos oficiales del plan, prevalecerán los documentos del plan. ChenMed se reserva el derecho de modificar o cancelar cualquiera de los beneficios descritos en esta guía en cualquier momento.