



GUÍA PARA LA INSCRIPCIÓN DE EMPLEADOS NUEVOS EN EL EQUIPO

2026

Nota: Si usted o sus dependientes tienen Medicare o serán elegibles para tener Medicare en los próximos 12 meses, la ley federal le brinda más opciones para la cobertura de medicamentos con receta. Consulte la página 25 para obtener más información.

Inscripción en los beneficios para empleados nuevos

Es hora de concentrarse en usted.

¡Bienvenido a ChenMed! 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 mejor se adapte a usted.

Su salud física, emocional y financiera es importante, en especial durante estos tiempos difíciles. Esa es la razón por la que ChenMed ofrece un paquete integral de beneficios con una gran variedad de planes que contribuyen al bienestar presente y futuro de nuestros miembros del equipo 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 miembros del equipo y sus dependientes elegibles que completen ciertas actividades de bienestar.

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

Lista de verificación para empleados nuevos

- ✓ Consulte esta guía para conocer los beneficios disponibles para usted.
- ✓ Visite el sitio **Make It Yours** en chenmed.makeityoursource.com para comparar costos y aseguradoras.
- ✓ Visite el Portal de Beneficios de ChenMed en digital.alight.com/chenmed para crear su cuenta en línea.
- ✓ Reúna la documentación e información necesarias para cualquier dependiente elegible que desee inscribir en la cobertura.
- ✓ Seleccione sus beneficiarios. Aunque no se inscriba en los beneficios, tendrá que añadir a un beneficiario para el seguro de vida básico y por AD&D.
- ✓ Programe una cita por videollamada con un asesor de beneficios certificado que le ayudará con la inscripción para la cobertura en benefitsgo.com/ChenMedNHWebScheduler o visite digital.alight.com/chenmed para inscribirse usted mismo.

¡Es hora de actuar!

Todos los empleados nuevos **DEBEN** completar el proceso de inscripción para elegir o renunciar a los beneficios para el año del plan 2026 dentro de los 30 días de la fecha de contratación. De lo contrario **NO** tendrán beneficios de ChenMed en 2026. Los 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
Telemedicina	9
Seguro por enfermedades críticas	10
Seguro por accidentes	11
Seguro de indemnización hospitalaria	12
Cuenta de ahorros para la salud	13
Cuentas de gastos flexibles	14
Cobertura dental	15
Cobertura de la visión	16
Seguro de vida básico y por AD&D	17
Seguro de vida y por AD&D complementario	17
Discapacidad a corto plazo	18
Discapacidad a largo plazo	19
Plan 401(k) de ChenMed	20
Perks at Work	21
TicketsatWork	21
Asistencia legal	22
Cuidado infantil de apoyo	23
ChenMed Cares	23
Beneficios adicionales	24



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
- Beneficios dentales
- Beneficios de la visión
- Cuentas de gastos flexibles

SEGURIDAD DE LOS INGRESOS

- Seguro de vida básico y por AD&D
- Seguro de vida y por AD&D complementario
- Discapacidad a corto plazo
- Discapacidad a largo plazo

JUBILACIÓN Y ESTILO DE VIDA

- Plan de ahorros 401 (k) para la jubilación
- Asistencia legal
- Atención de respaldo
- 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. Consulte el Resumen de la descripción del plan (SPD) para obtener más detalles sobre la elegibilidad y la inscripción.

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 de mantenerse a sí mismos, antes de los 26 años (se requiere un certificado médico) para la cobertura médica, dental y de la visión.

Comprobación de elegibilidad:

Si inscribe a un cónyuge elegible durante la inscripción, es necesario que presente pruebas del estado marital como, por ejemplo, un certificado de matrimonio.

Si inscribe a un hijo dependiente que sea elegible durante la inscripción, también deberá presentar pruebas. Los ejemplos de prueba para acreditar la dependencia incluyen, entre otros: certificados de nacimiento, adopción, acogida u órdenes de apoyo médico legal, que indiquen que el empleado participante es el padre o la madre. Para presentar una prueba de dependencia en el [Portal de Beneficios de ChenMed](#), vaya a la sección "**To-Dos**" (**tareas pendientes**) y seleccione "**Verify Your Dependent's Eligibility for Health Benefits**" (**verificar la elegibilidad de su dependiente para los beneficios de salud**).

Inscripción

Inicie sesión en digital.alight.com/chenmed, haga clic en el botón para inscribirse y siga las instrucciones. ¿Es la primera vez que inicia sesión? Desde el [Portal de Beneficios de ChenMed](#), regístrese como nuevo usuario, siga las indicaciones para ingresar 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, visite el sitio [Make It Yours en chenmed.makeityoursource.com](#) y haga clic en la opción "**Benefits Counselor**" (**asesor de beneficios**). Evalúe su inscripción para obtener más información.

BenX

BenX crea un mercado dinámico de coberturas de salud para los miembros del equipo de ChenMed. BenX ofrece un menú de planes estandarizados con múltiples aseguradoras que compiten a nivel del consumidor. Esta estructura innovadora proporciona a los miembros del equipo una amplia gama de opciones de cobertura de salud.

Los planes médicos de BenX 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.

Se cuenta con herramientas de apoyo para la toma de decisiones que le ayudarán a tomar decisiones con confianza y personalizar verdaderamente sus opciones de beneficios.

BenX les proporciona a nuestros miembros del equipo de ChenMed algunas ventajas únicas, entre otras:

- ✓ **Gran variedad de opciones.** Puede consultar y elegir entre diferentes niveles de cobertura, varias aseguradoras y una amplia 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 una contribución del empleador (crédito) para que usted pueda utilizarla para el gasto de la cobertura.
- ✓ **Recursos útiles.** Además de la organización de seminarios web, habrá excelentes recursos de ayuda antes, durante y después de la inscripción:

Sitio web Make It Yours: el sitio web **Make It Yours** (chenmed.makeityoursource.com) es un recurso al que se puede acceder durante todo el año y que ofrece información sobre las opciones médicas disponibles, los aspectos a tener en cuenta antes de inscribirse y los consejos prácticos para que aproveche al máximo sus beneficios.

Sitios web de “vista previa” de las aseguradoras: estos sitios están disponibles a través del sitio web **Make It Yours** para que usted pueda informarse bien sobre las redes de proveedores de cada aseguradora médica, los medicamentos con receta y otros programas.



¡Es hora de actuar!

Visite **Make it Yours** en 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 de BenX están totalmente asegurados. Eso significa que las empresas de seguros (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. 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 Alight Mobile. 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 empresas de seguros y mucho más.

Crédito de bienestar

Los miembros del equipo 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. No es necesario que complete un certificado por su cónyuge o hijos para recibir el crédito. La participación es gratuita y su información médica personal es completamente confidencial.

Los miembros del equipo, sus cónyuges e hijos 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 y será efectivo para los pagos de la prima. En 2026 los créditos serán:

- **Solo empleado:** \$58
- **Empleado + hijos:** \$80
- **Empleado + cónyuge:** \$58
- **Cobertura familiar:** \$116

¿Cuál es el plan más adecuado?



Una familia típica con cierto riesgo

Situación médica: diagnóstico de presión arterial alta, antecedentes de cáncer de mama, actividades deportivas peligrosas.

Factores de riesgo financiero: las afecciones de salud y las actividades deportivas peligrosas podrían generar gastos médicos elevados.



Debido a las afecciones de salud de los padres y la probabilidad de los niños de sufrir lesiones deportivas, esta familia busca un plan médico con menores costos de bolsillo. Eligieron la cobertura familiar en un **Plan Gold**.



Abren una **Cuenta de gastos flexibles para la atención médica**, que los ayuda a ahorrar dinero mediante descuentos de nómina para los deducibles y medicamentos con receta, lo que reduce sus ingresos imponibles.



Eligen el **Seguro por accidentes** para ayudar a compensar el gasto de las posibles lesiones debido al estilo de vida activo de sus hijos. Además, se inscriben en el **Seguro por enfermedades críticas** debido a su antecedente familiar de enfermedad cardiovascular y un diagnóstico anterior de cáncer. Los dos planes ofrecen un beneficio de exámenes de salud para completar pruebas de bienestar cubiertas.



Evalúan sus necesidades del **Seguro de vida** y actualizan la información de sus beneficiarios. También se inscriben en el **Plan Legal** para recibir ayuda en la actualización de su testamento en vida.

Opciones de planes médicos

Puede elegir entre cinco diseños de planes de cobertura médica: Bronze, Bronze Plus, Silver, Gold o Platinum. Estos planes los ofrecen aseguradoras nacionales, como Aetna, Blue Cross Blue Shield, Cigna y UnitedHealthcare, así como por aseguradoras regionales, como Health Net, Dean/Prevea360, Kaiser Permanente, Geisinger Health Plan, UPMC, Medical Mutual y Priority Health. Todas las aseguradoras nacionales tienen una red nacional con proveedores participantes en todo Estados Unidos.

Las aseguradoras disponibles para usted dependerán de la región en la que viva, según lo determine su código postal. Infórmese sobre cada una de las aseguradoras en el sitio **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.

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

- Acceda a "Your Carrier Connection" (conectar con proveedores) en chenmed.makeityoursource.com para buscar aseguradoras y obtener información de contacto.
- Cuando se inscriba, verifique las redes de cada aseguradora 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 aseguradora.

Residentes de California

Sus opciones pueden ser diferentes, según la empresa de seguros que elija. Cada empresa 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 de organización de proveedores preferidos [PPO]) o como una opción que solo ofrece beneficios dentro de la red (p. ej., un plan de organización para el mantenimiento de la salud [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 empresas regionales disponibles dependen del código postal de su domicilio.

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

The Inside Scoop

Puede navegar fácilmente por el micrositio web de **Make It Yours** hasta llegar a "Your Carrier Connection" (conectar con proveedores) 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.



Resumen del plan médico para 2026

	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)	\$3,400/\$6,800	\$2,500/\$5,000	\$1,000/\$2,000	\$800/\$1,600	\$250/\$500
Fuera de la red (Individual/familiar)	\$3,400/\$6,800	\$2,500/\$5,000	\$2,000/\$4,000	\$1,600/\$3,200	\$5,000/\$10,000
Tradicional o True Family	Tradicional	True Family	Tradicional	Tradicional	Tradicional

Costo máximo de bolsillo anual

Dentro de la red (Individual/familiar)	\$6,400/\$12,800	\$4,500/\$9,000	\$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
Tradicional o True Family	Tradicional	True Family	Tradicional	Tradicional	Tradicional

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	Paga el 25% después del deducible	Paga el 25% después del deducible	Paga \$30 para visitas al PCP y \$50 para visitas a especialistas, sin deducible	Paga \$25 para visitas al PCP y \$40 para visitas a especialistas, sin deducible	Paga \$25 para visitas al PCP y \$40 para visitas a especialistas, sin deducible
Sala de emergencia	Paga el 25% después del deducible	Paga el 25% después del deducible	Copago de \$150, luego paga el 30% después del deducible	Copago de \$150, luego paga el 20% después del deducible	Copago de \$150, luego paga el 15% después del deducible
Atención de urgencia	Paga el 25% después del deducible	Paga el 25% después del deducible	Copago de \$50	Copago de \$40	Copago de \$25
Atención hospitalaria	Paga el 25% después del deducible	Paga el 25% después del deducible	Paga el 30% después del deducible	Paga el 20% después del deducible	Paga el 15% después del deducible
Cuidado del paciente ambulatorio	Paga el 25% después del deducible	Paga el 25% después del deducible	Si no es una visita al consultorio, paga el 30% después del deducible	Si no es una visita al consultorio, paga el 20% después del deducible	Si no es una visita al consultorio, paga el 15% después del deducible

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

NOTA: Las opciones de su plan médico deben ofrecerle ciertos beneficios de atención preventiva dentro de la red sin costos compartidos y estos beneficios de atención preventiva por lo general se actualizan una vez al año. Según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA), los planes médicos por lo general pueden usar técnicas razonables de administración médica para determinar la frecuencia, el método, el tratamiento o el entorno para un servicio recomendado de atención preventiva. Consulte la Descripción resumida del plan (SPD) para obtener una lista de servicios de atención preventiva.

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

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 prestador 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 aseguradora, debe informarse sobre la cobertura de sus medicamentos. La aseguradora gestionará sus beneficios de farmacia.

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

** La empresa de seguros o el administrador de beneficios de farmacia determinan cuáles son los medicamentos preventivos. Debe tener una receta médica para el medicamento (incluso para productos de venta libre [OTC]) y debe recurrir a 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 aseguradora para obtener información adicional. Las aseguradoras 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 los niveles de cobertura de BenX. Para obtener información más detallada sobre estas y otras coberturas, visite el Portal de Beneficios de ChenMed.

Telemedicina

Cuando necesite asesoramiento médico, pero no tenga tiempo ni quiera pagar los gastos asociados con un viaje al consultorio del médico, considere usar la telemedicina. Esto puede realizarse en cuestión de minutos, sin necesidad de trasladarse. Es una opción rápida, cómoda y puede ahorrarle dinero.

Hay médicos disponibles para atender distintas afecciones médicas comunes en los momentos que sean convenientes para usted.

Obtenga atención para las siguientes afecciones:

- Resfríos, gripe y sinusitis
- Náuseas y vómitos
- Asma, alergias y erupciones
- Infecciones urinarias
- Dolores de cabeza y migrañas
- Estrés y ansiedad
- Insomnio, depresión y cambios de humor
- Orientación por traumas y duelos

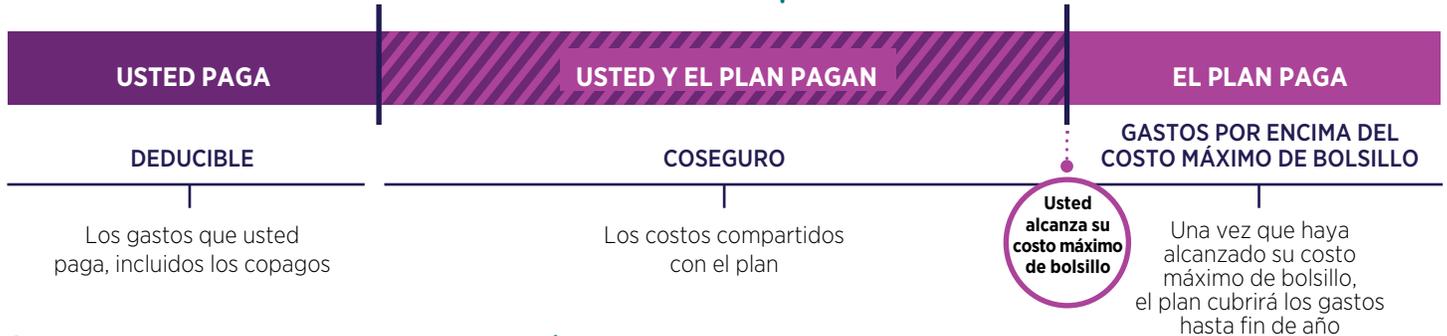


Términos que debe saber

Escanee aquí para obtener una lista de términos médicos.



Cómo funciona su plan médico



Control de gastos de atención de la salud

El aumento del gasto del seguro de salud constituye una inquietud para todos nosotros. Mantener los costos bajos contribuye a que en los próximos años haya primas más bajas. Le brindamos algunos consejos sobre cómo puede disminuir el gasto del seguro de salud:



Utilice proveedores de la red. En general, recibirá una cobertura más favorable si utiliza proveedores que participen en la red.



Solicite medicamentos con receta que sean genéricos en lugar de medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos, igual de eficaces, son bastante más económicos.



Evalúe consultar con su médico de cabecera en lugar de un especialista. Los médicos de cabecera a menudo brindan el mismo nivel de atención para numerosas enfermedades y afecciones.



Haga ejercicio y mantenga una dieta apropiada. Cuanto más sano se mantenga, menos vulnerable será a una enfermedad y reducirá las visitas al médico y los medicamentos con receta.

Si nos convertimos en consumidores más conscientes, todos podemos hacer nuestra parte para disminuir el gasto de la atención de salud!

Beneficios voluntarios

El seguro médico no previene toda la presión financiera de una enfermedad o lesión grave. Muchas familias no tienen ahorros suficientes como para cubrir los deducibles y el 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.* **Nótese: Estos planes no reemplazan el seguro médico.**



¿Lo sabía?

Los gastos en atención médica en los EE. UU. alcanzaron un promedio de **\$13,493** por persona en 2022.

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, hoja informativa de gastos nacionales en salud, 2023

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 además de otra cobertura de seguro que pueda tener.

Entre las enfermedades cubiertas, se incluyen las siguientes:

- Ataque cardíaco
- Accidente cerebrovascular
- Cáncer
- Insuficiencia orgánica importante
- Insuficiencia renal (del riñón) en etapa terminal
- Cirugía de baipás 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 o \$30,000. Al cónyuge y a los hijos se les ofrecerá el 100% del importe del beneficio emitido para el empleado.†



Aceptación garantizada: no es necesario llevar a cabo ningún examen físico ni cuestionario de salud.



Cobertura portátil: puede llevarse su póliza si cambia de trabajo o se jubila.



Beneficio de bienestar

El plan brinda un beneficio de \$75 por persona cubierta por año calendario si usted o sus dependientes cubiertos completan una prueba de detección médica cubierta como un examen físico, mamografía o prueba de Papanicolaou. Consulte los documentos del plan para obtener una lista completa de las prácticas cubiertas.

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 había sufrido algunos daños permanentes. Comenzó a ver que sus gastos se acumulaban rápidamente. La buena noticia es que Marco había recibido un pago único de \$20,000 para ayudarlo a cubrir estos gastos de la cobertura por enfermedades críticas que eligió durante la inscripción abierta anual en los beneficios.

* Las pólizas y los 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 50% del monto nominal de la póliza una vez en la vida por una cirugía de bypass de la arteria coronaria.

† Si elige cobertura para sus hijos dependientes, debe notificar a su empleador cuando todos sus hijos dependientes superen el límite de edad de hijos dependientes o ya no cumplan con la definición de hijo dependiente.

Si elige cobertura para su cónyuge, debe notificar a su empleador si su cónyuge deja de cumplir con la definición de cónyuge.

Este plan no reemplaza el seguro médico.

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 de lesión y la gravedad de esta, 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 llevarse su póliza si cambia de trabajo o se jubila.

Beneficio de examen de salud



El plan brinda un beneficio de \$75 por persona cubierta por año calendario si usted o sus dependientes cubiertos completan una prueba de detección médica cubierta como exámenes físicos anuales, preventivos dentales, de la visión o de la audición. Consulte los documentos del plan para obtener una lista completa de las prácticas cubiertas.

Cómo funciona el seguro por accidentes

Sam se tropieza jugando al básquetbol y se quiebra el brazo, lo que requiere un viaje a la sala de emergencias, consultas médicas de seguimiento y fisioterapia.

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



Cómo se calculó el beneficio por accidente de Sam:

Servicio médico	Beneficio de ejemplo
Sala de emergencia	\$375
Beneficio por fractura del brazo (codo a muñeca)	\$2,150
Consultas médicas seguimiento (2)	\$280 (\$140 por visita)
Consultas de fisioterapia (6)	\$540 (\$90 por visita)

BENEFICIO DE EJEMPLO TOTAL

\$3,345

Este escenario no refleja los beneficios de un plan de seguro por accidentes específico. Los beneficios son beneficios genéricos para los fines 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.

* Si elige cobertura para sus hijos dependientes, debe notificar a su empleador cuando todos sus hijos dependientes superen el límite de edad de hijos dependientes o ya no cumplan con la definición de hijo dependiente. Si elige cobertura para su cónyuge, debe notificar a su empleador si su cónyuge deja de cumplir con la definición de cónyuge.

Este plan no reemplaza el seguro médico.

Seguro de indemnización hospitalaria

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

Si lo internan 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 llevarse su póliza si cambia de trabajo o se jubila.

Beneficios disponibles

Ingreso hospitalario: \$1,000 por día por cuatro días por año calendario.

Internación hospitalaria: \$200 por día hasta 60 días por año calendario, a partir del día 2 de internación.

Ingreso a la unidad de cuidados intensivos (ICU): \$2,000 por día por 1 día por año calendario.

Internación en la ICU: \$400 por día hasta 60 días por año calendario, a partir del día 2 de internación.

Hay beneficios adicionales disponibles que incluyen el ingreso a una institución de rehabilitación, a la unidad de cuidados intensivos neonatales (NICU), cuidados neonatales y más. Consulte los documentos del plan para obtener una lista completa de los beneficios programados.



Beneficio de examen de salud

El plan brinda un beneficio de \$75 por persona cubierta por año calendario si usted o sus dependientes cubiertos completan una prueba de detección médica cubierta como un examen físico, análisis bioquímico de sangre o examinación dental preventiva. Consulte los documentos del plan para obtener una lista completa de las prácticas cubiertas.

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	\$100 por día (3 días)	\$300
TOTAL DEL BENEFICIO DE MUESTRA		\$2,100

Esta situación no representa los beneficios de un programa del plan de seguro de indemnización hospitalaria específico. Los beneficios son genéricos a los fines de este ejemplo, con el objetivo de demostrar cómo se calcula el beneficio total de un plan de indemnización hospitalaria. 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.

* Si elige cobertura para sus hijos dependientes, debe notificar a su empleador cuando todos sus hijos dependientes superen el límite de edad de hijos dependientes o ya no cumplan con la definición de hijo dependiente. Si elige cobertura para su cónyuge, debe notificar a su empleador si su cónyuge deja de cumplir con la definición de cónyuge.

Este plan no reemplaza el seguro médico.

Cuenta de ahorros para la salud (HSA)

Ahorre para cubrir gastos médicos futuros y reduzca su factura de impuestos federales 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 Servicio de Impuestos Internos (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

- Al inscribirse en el plan Bronze o Bronze Plus, será elegible para abrir una HSA.
- Elija el importe que desea aportar de forma quincenal con diferimiento de impuestos, 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 transferirá y podrá 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 utilice los fondos de su HSA porque pueden 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 una 401(k), sus fondos de la HSA pueden, en algunas circunstancias, invertirse. Asegúrese de que su dinero crezca a un ritmo aceptable y seguro.



Contribución libre de impuestos federales de su salario [y contribución del empleador]



Pague gastos calificados con su cuenta



El monto que no use se transfiere al año siguiente para futuros gastos de atención de salud

¿CUÁNTO PUEDE CONTRIBUIR?

Límite de contribución anual del IRS

	Límite de contribución anual del IRS
Cobertura individual	\$4,400*
Cobertura familiar	\$8,750*

* Los individuos de 55 años o más pueden hacer aportes adicionales de \$1,000 para "ponerse al día". NOTA: Los montos cambian todos los años conforme a los lineamientos del IRS.

Visite el sitio **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 lo siguiente:

- 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)

Disminuya la declaración de impuestos federales al ahorrar dinero para las necesidades de salud y atención 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.

 <p>FSA PARA ATENCIÓN MÉDICA</p> <p>Deducibles, copagos, medicamentos con receta, equipo médico, etc.*</p>	 <p>FSA CON FINES LIMITADOS</p> <p>Funciona con los planes médicos elegibles para HSA para cubrir los gastos dentales y de la visión.</p>	 <p>FSA PARA CUIDADO DE DEPENDIENTES</p> <p>Niñeras, guardería, campamento de día, atención de enfermería domiciliaria, etc.</p>
--	---	--

Cómo funcionan las Cuentas de gastos flexibles

1. Durante la inscripción de empleados nuevos y, posteriormente, cada año durante la inscripción abierta anual en los beneficios, usted decide cuánto dinero destinar a los gastos de la FSA. 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 calificados.
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 solicitar un reembolso.



¡Úselo o piérdalo!

Asegúrese de calcular sus aportes 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 propósitos limitados	\$3,300
Cuenta de gastos flexibles para la atención de dependientes	\$5,000 (\$2,500 si está casado y presentan declaraciones impositivas por separado)

* Si usted está inscrito en un plan médico que ofrece una HSA, no es elegible a los efectos de una FSA para atención médica. NOTA: Los límites pueden variar para los empleados con una compensación más alta.

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

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).

Beneficios dentales

Mantenga su sonrisa sana Al igual que su cobertura médica, puede elegir el nivel de cobertura dental, el gasto y la aseguradora que más le convengan. Puede elegir entre cuatro opciones con diferentes niveles de cobertura: Bronze, Silver, Gold o Platinum. 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 o pareja de hecho, y sus hijos) en la opción que elija, aunque no estén inscritas en el plan médico. Cada aseguradora dental (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 sitio **Make It Yours**.

	BRONZE	SILVER	GOLD	PLATINUM ¹
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 vida²	Sin cobertura	\$1,500 por hijo	\$2,000 por persona	Varía según la aseguradora
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 aseguradora; generalmente cobertura del 100%
Atención de restauraciones menores (p. ej., tratamiento de conducto, tratamiento de enfermedades de las encías y cirugía oral)	Paga el 20% después del deducible	Paga el 20% después del deducible	Paga el 20% después del deducible	Varía según la aseguradora
Atención de restauraciones principales (p. ej., implantes, dentaduras postizas)	Sin cobertura	Paga el 40% después del deducible	Paga el 20% después del deducible	Varía según la aseguradora
Ortodoncia	Sin cobertura	Paga el 50%, sin deducible; solo hijos hasta 19 años	Paga el 50%, sin deducible; para hijos y adultos	Varía según la aseguradora

¹No 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 los niveles de cobertura de BenX. Para obtener información más detallada sobre estas y otras coberturas, visite el Portal de Beneficios de ChenMed.

²Si cambia de empresa aseguradora, los gastos de ortodoncia en los que haya incurrido con su empresa actual se tendrán en cuenta para el máximo de por vida en ortodoncia de su nueva empresa.

¿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 aseguradora (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 aseguradora. 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.

Beneficios 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 ofrecidos por aseguradoras regionales y nacionales: Bronze, Silver y Gold. 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 aseguradora de la visión (EyeMed, MetLife, UnitedHealthcare y VSP Vision Care) tiene su propia red de proveedores. Si desea mantener los mismos proveedores, verifique si su médico o tienda minorista están dentro de la red antes de seleccionar una aseguradora. Visite el sitio **Make It Yours** para obtener más información sobre sus opciones.

	BRONZE	SILVER	GOLD
Beneficios dentro de la red			
Examen de rutina de la visión (uno por año del plan)	Con cobertura del 100%	Paga \$10	Con cobertura del 100%
Marcos (uno por año del plan)	Puede aplicarse un descuento	Asignación de \$150 ¹	Asignación de \$200 ¹
Lentes (una vez por año del plan; las lentes premium pueden costar más)			
Monofocales	Puede aplicarse un descuento	Paga \$20	Paga \$10
Bifocales	Puede aplicarse un descuento	Paga \$20	Paga \$10
Trifocales	Puede aplicarse un descuento	Paga \$20	Paga \$10
Progresivo estándar²	Puede aplicarse un descuento	Paga \$20	Paga \$10
Lenticulares	Puede aplicarse un descuento	Paga \$20	Paga \$10
Mejoras de lentes			
Tratamiento UV	Puede aplicarse un descuento	Paga \$15	Paga \$15
Tinte (sólido y degradado)	Puede aplicarse un descuento	Paga \$15	Paga \$15
Plástico estándar Revestimiento resistente a rayaduras	Puede aplicarse un descuento	Paga \$15	Paga \$15
Revestimiento antirreflejo estándar	Puede aplicarse un descuento	Paga \$45	Paga \$45
Policarbonato estándar (adultos)	Puede aplicarse un descuento	Paga \$40	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			
Médicamente necesarios	Sin cobertura	Paga \$20	Paga \$10
Electivos	Sin cobertura	Asignación de \$150 ¹	Asignación de \$200 ¹
Ajuste y evaluación	Puede aplicarse un descuento	Paga \$20	Paga \$10
Cirugía con láser			
Electivos	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

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

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

En esta tabla se muestra un listado de alto nivel de los beneficios cubiertos habitualmente por las distintas aseguradoras y los niveles de cobertura de BenX. 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 una cobertura de seguro de vida y por AD&D básico sin ningún gasto para usted y la inscripción es automática.

SEGURO DE VIDA Y POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO BÁSICO	Directores y superiores: incluye PCP, profesionales de enfermería, directores de mercado/centros de excelencia (COE)/corporativos y superiores: 3 salarios, hasta \$1,000,000 Todos los demás miembros del equipo, incluidos los directores de centros, directores superiores, analistas y promotores de atención: un salario, hasta \$1,000,000
REDUCCIÓN POR EDAD	A partir del 1 de enero, de acuerdo con la edad alcanzada del miembro del equipo: 67% a los 65; 45% a los 70; 30% a los 75; 20% a los 80; 15% a los 85; 10% a los 90

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 empresa. Usted paga el costo 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	Sumas en incrementos de beneficios de \$10,000, lo que sea menor: 8 veces el salario anual o \$1,000,000. Importe de emisión garantizado: \$500,000.
CÓNYUGE	Sumas en incrementos de beneficios de \$10,000, hasta el 100% de la cobertura del miembro del equipo o \$500,000. Importe de emisión garantizado: \$30,000.
HIJOS	Sumas 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.

Evidencia de asegurabilidad (EOI)

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 montos hasta el importe 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 salario, ¿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 de bolsillo 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	Pagado 100% 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

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.



¿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 2023

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

Ahora los miembros del equipo a tiempo completo pueden inscribirse en un plan voluntario de discapacidad a largo plazo. 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

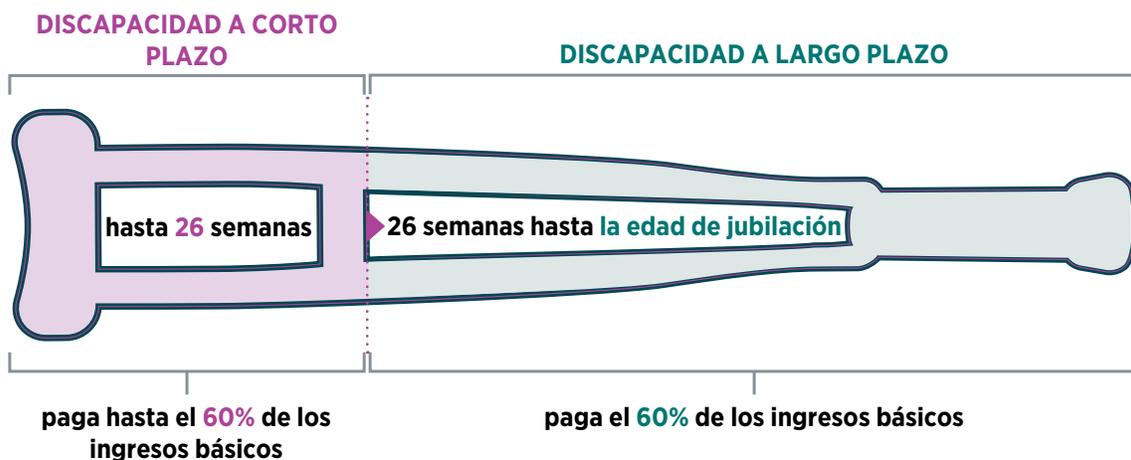
Seguro por discapacidad a largo plazo pagado por el empleador

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 401(k) de ChenMed

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 401(k) de ChenMed 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 participante nuevo, se lo 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.** Los miembros del equipo pueden aplazar las contribuciones antes de impuestos o las contribuciones al plan Roth 401(k) después de impuestos hasta los límites federales. El Plan le permite aplazar hasta el 92% de su salario elegible. Las personas de 50 años o más pueden hacer contribuciones de recuperación adicionales hasta el límite anual. El IRS ajusta los límites todos los años. Visite www.IRS.gov o www.principal.com para obtener más información.
- **Contribuciones equivalentes de Safe Harbor.** Si es un empleado nuevo y realiza contribuciones de aplazamiento de salario 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.** ChenMed puede contribuir 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 en www.principal.com;
- agregue su información de contacto;
- 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 Work

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 (registrarse 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

Ejemplos de servicios de asesoramiento legal de su abogado del plan que tiene disponibles sin cargo:

- 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)

Ejemplos de servicios de asesoramiento legal 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 para 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 asesoramiento crediticio

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.



Atención de respaldo para 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://clients.brighthouse.com/ChenMed>

- Haga clic en "Join today" (unirse hoy).
- Ingrese su identificación de empleado de Workday y su correo electrónico.
- Confirme su dirección de correo electrónico.

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. Después de completar su registro, necesitará la siguiente información de inicio de sesión para acceder a su cuenta.

Nombre de usuario: ChenMed **Contraseña:** Benefits4You

Paso 3: Reserva de cuidados de apoyo

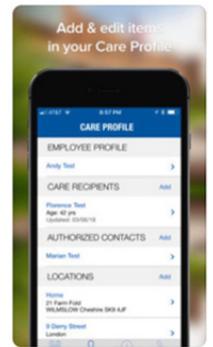
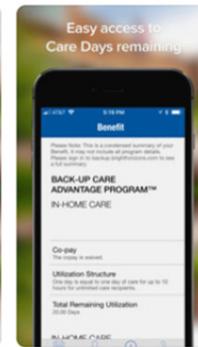
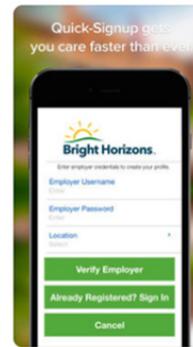
Reserve el cuidado en línea o a través de la aplicación móvil. ¿Tiene preguntas? Llame al

877-BHCares (877-242-2737).



Back-Up Care
Lifestyle

OPEN



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 Asistencia para Empleados (EAP)

El Programa de Asistencia para Empleados (EAP) de Cigna 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 que el EAP de Cigna cuando lo desee llamando al **1-877-622-4327** o inicie sesión en **myCigna.com** (ID de empleado para el registro inicial: **chenmed**)
- Obtenga hasta cinco sesiones de orientación presencial por persona al año, con un asesor de su zona, así como sesiones por videollamada
- 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 acerca de sus beneficios, incluso los gastos cubiertos, exclusiones y limitaciones, consulte las Descripciones resumidas del plan (SPD), el documento del plan o el certificado de cobertura de cada plan.

Sus SPD se pueden obtener en **ChenMed Connect**; También puede solicitar una copia gratuita si llama a su gerente de nómina y beneficios al **AskHR@chenmed.com**.

Se adjuntan avisos importantes sobre sus derechos en virtud de su plan de salud y bienestar, Plan de bienestar de ChenMed, el "Plan". La información en la guía adjunta proporciona actualizaciones a sus SPD existentes a partir del 31 de mayo de 2023 y es un Resumen de modificaciones materiales.

Si existe alguna discrepancia entre esta guía y los documentos oficiales, prevalecerán estos últimos. ChenMed, LLC, se reserva el derecho de enmendar o cancelar cualquiera de sus planes o políticas, realizar cambios a los beneficios, costos y otras disposiciones relacionadas con los beneficios en cualquier momento, con previo aviso o sin él, sujeto a la ley de aplicación.

Recordatorio de disponibilidad del Aviso de privacidad

Este es un recordatorio para los participantes y beneficiarios del Plan de bienestar de ChenMed (el "Plan") que el Plan ha emitido un Aviso de privacidad del plan de salud que describe cómo se utiliza y comparte 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, LLC, Human Resources
1395 NW 167th Street, Miami Gardens,
FL 33169

Si tiene preguntas, contáctese con el Departamento de Recursos Humanos de ChenMed, LLC al siguiente correo electrónico: **AskHR@chenmed.com**

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. En el caso de las personas que reciben beneficios relacionados con una mastectomía, la cobertura se brindará de una manera determinada en consulta con el médico tratante y la paciente para lo siguiente:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica.
- Prótesis.
- Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se ofrecerán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos provistos en virtud de este plan. Si desea obtener más información sobre los beneficios WHCRA, llame a su administrador del plan al **número que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación**.

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 el recién nacido, luego de consultar con la madre, permitirle el alta a ella 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 Reconstrucción de los Servicios Uniformados (USERRA). En consecuencia, si usted está ausente del trabajo debido a un período de servicio activo en el ejército por 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. Póngase en contacto con Alight para obtener más información.

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

Aviso importante de ChenMed, LLC sobre su cobertura de medicamentos con receta y Medicare

Aviso de cobertura acreditable de Medicare Parte D

Lea este aviso con atención y consérvelo a mano. 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 su cobertura actual, incluidos los medicamentos que están cubiertos y su costo, con la cobertura y los costos 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 un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece 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, LLC ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el plan de bienestar de ChenMed pague, en promedio, para todos los participantes del plan, tanto como lo hace la cobertura de medicamentos recetados de Medicare estándar y, por lo tanto, se la considera cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es 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 se convierte en elegible para Medicare y todos los años desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde (o perderá) la cobertura acreditable de medicamentos con receta que tiene actualmente, sin tener responsabilidad alguna, 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 actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de ChenMed, LLC NO se verá afectada.

Su cobertura de ChenMed, LLC paga otros gastos médicos además de los medicamentos con receta. Esta cobertura proporciona beneficios antes de la cobertura de Medicare (es decir, el plan paga en primer lugar). Usted y sus familiares que se unan a un plan de medicamentos con receta de Medicare

serán elegibles para continuar recibiendo la cobertura de medicamentos con receta y estos otros beneficios médicos. La cobertura de medicamentos con receta de Medicare será secundaria para usted o los familiares cubiertos que se unan a un plan de medicamentos con receta de Medicare.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y abandonar su cobertura actual de medicamentos COBERTURA con receta LOS PLANES, tenga en cuenta que usted y sus dependientes quizás no puedan recuperar dicha cobertura hasta la próxima inscripción anual o que experimente un evento de vida calificativo.

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

También debe saber que, si deja o pierde su cobertura actual con ChenMed, LLC 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 pasa 19 meses sin cobertura acreditable, su prima podría aumentar de manera sostenida hasta ser un 19% más alta 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.

Si desea obtener más información sobre este aviso o su cobertura de medicamentos con receta actual:

Contacte a la persona indicada a continuación para obtener más información. 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, LLC. Además, puede solicitar una copia de este aviso cuando lo desee.

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

- Visite www.medicare.gov.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia para Seguros de Salud para obtener ayuda personalizada. Consulte el interior de la contraportada de su copia del manual "Medicare y usted" para conocer 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 tiene recursos e ingresos limitados, puede acceder a una ayuda extra para pagar la cobertura de Medicare para medicamentos con receta. Para obtener información sobre esta ayuda adicional:

- Visite el sitio web del Seguro Social en www.ssa.gov.
- Llame al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Recuerde lo siguiente: guarde este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare es posible que se le solicite presentar una copia de este aviso cuando se inscriba para mostrar si mantuvo o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si deberá o no pagar una prima más elevada (multa).

Fecha: 1 de enero de 2026
Nombre de la entidad/remite: ChenMed HR
Contacto ChenMed, LLC: ChenMed HR
Dirección: 1395 NW 167th Street,
Miami Gardens, FL 33169
Correo electrónico: AskHR@chenmed.com

Aviso general sobre los derechos a la cobertura de continuación conforme a la ley COBRA

Introducción

Usted recibe este aviso porque recientemente adquirió cobertura con un plan de salud grupal (el Plan). El mismo contiene información importante sobre su derecho a la cobertura de continuación de

COBRA, que es una extensión de cobertura temporal del Plan. **Aquí 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.** Cuando adquiere elegibilidad para COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden representar un costo menor que la cobertura de continuación conforme a la Ley COBRA.

La Ley Ómnibus de Conciliación Presupuestaria Consolidada de 1985 (COBRA), de carácter federal, creó el derecho a la cobertura de continuación conocida como COBRA. COBRA de la ley COBRA puede estar disponible para usted y OTRO miembro de su familia cuando la cobertura de salud grupal terminaría.

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. 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 reúne los requisitos (como el plan de su cónyuge), incluso si ese plan en general no acepta inscriptos tardíos.

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

La cobertura de continuación COBRA es una continuación de la cobertura del plan en situaciones en las que esta debería finalizar debido a un evento de vida. También se denomina "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 empleo.
- Finaliza su empleo por cualquier motivo, excepto por una falta grave de su parte.

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

- Fallecimiento de su cónyuge.
- 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 (Parte A, Parte B o ambas).
- 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:

- Fallecimiento del padre empleado.
- Reducción de las horas de trabajo del padre empleado.
- Finaliza el empleo del padre empleado por cualquier motivo, excepto por una falta grave de su parte.
- Adquisición del derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas) por parte del padre empleado.
- Divorcio o separación legal de los padres.
- Elegibilidad del hijo 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. El empleador debe informar al Administrador del Plan sobre los siguientes eventos calificados:

- El final del empleo o reducción de las horas de empleo.
- El fallecimiento del empleado.

Para el resto de los eventos calificados (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o si un hijo dependiente pierde su elegibilidad para su cobertura como tal), deberá notificar al administrador del Plan dentro de 60 días luego del evento calificado. Deberá entregarle este aviso a COBRA Administrador.

¿Cómo se brinda la cobertura de continuación conforme a la Ley 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 sus cónyuges y los padres pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación de COBRA es una cobertura temporaria de continuación que en general tiene una duración de 18 meses debido a la finalización del empleo o reducción de horas laborales. Ciertos eventos calificados, o un segundo evento calificado durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También existen 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 conforme a la Ley COBRA

Si el 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 dentro de los plazos correspondientes, usted y toda su familia pueden recibir hasta 11 meses más 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 conforme a la Ley COBRA.

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

Si ocurre otro evento calificado en su familia durante 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 correctamente al Plan sobre el segundo evento calificado. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la cobertura de continuación de COBRA si el empleado o ex empleado fallece, pasa a ser elegible para los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), se divorcia o separa legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible según el Plan como hijo dependiente.

Esta extensión solo está disponible si el segundo evento calificado hubiera causado que el cónyuge o el hijo dependiente pierdan la cobertura conforme al Plan si el primer evento calificado no hubiera ocurrido.

¿Existen otras opciones de cobertura además de la cobertura de continuación de COBRA?

Sí. En lugar 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 Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP) 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. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de 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.
- 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. 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>.

NOTA: <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/sign-up/when-does-medicare-coverage-start>

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 de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), incluyendo COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio, y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en su área o visite el sitio web 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). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.healthcare.gov.

Informe a su Plan los cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, informe al administrador del Plan sobre 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

Teléfono del Centro de Beneficios de ChenMed: 1-855-536-8228
Web: <https://digital.alight.com/chenmed>

Derechos de inscripción especiales de la ley HIPAA

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud u otra cobertura de plan médico grupal, puede inscribirse o inscribir a sus dependientes en el plan de salud grupal de ChenMed, LLC si usted o sus dependientes pierden elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de aportar para su cobertura o la de sus dependientes). No obstante, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días luego de que finalice su cobertura o la de sus dependientes (o luego de que el empleador deje de aportar a la otra cobertura). Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que puedan inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, deberá solicitar la inscripción antes de que se cumplan 30 días del casamiento, el nacimiento, la adopción o colocación en adopción. Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, contacte a AskHR@chenmed.com.

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 a fin de obtener 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 averiguar cómo presentar una solicitud. Si califica, pregunte a su estado si cuenta con un programa con el que pueda pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles a fin de obtener 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 lo está. Esto se conoce como oportunidad de "inscripción especial" y **debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de la elegibilidad a fin de recibir la asistencia para el pago de las 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 se actualizó el 31 de julio de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

- 1. ALABAMA** – Sitio web de Medicaid: <http://myalhipp.com/>
Teléfono: 1-855-692-5447
- 2. ALASKA** – Sitio web del Programa para el Pago de Primas de Seguros de Salud de Alaska de Medicaid: <http://myakhipp.com/>
Teléfono 1-866-251-4861
Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com
Elegibilidad para Medicaid: <https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx>
- 3. ARKANSAS** – Sitio web de Medicaid: <http://myarhipp.com/>
Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)
- 4. CALIFORNIA:** Medicaid Programa para el pago de primas de seguros de salud (HIPP) Sitio web: <http://dhcs.ca.gov/hipp>
Teléfono: 916-445-8322
Fax: 916-440-5676
Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
- 5. COLORADO** – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Plan Child Health 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 estatal de retransmisión 711
CHP+: <https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus>
Servicio de Atención al Cliente de CHP+: 1-800-359-1991/Servicio estatal de transmisión 711 Programa de Compra de Seguros de Salud (HIBI): <https://www.mycohibi.com/>
Servicio de Atención al Cliente de HIBI: 1-855-692-6442
- 6. FLORIDA** – Sitio web de Medicaid: <https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html>
Teléfono: 1-877-357-3268
- 7. GEORGIA** – Sitio web de HIPP de Georgia de Medicaid: <https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp> Teléfono: 678-564-1162, presione 1
Sitio web de GA CHIPRA: <https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra>
Teléfono: 678-564-1162, presione 2
- 8. INDIANA** – Programa de pago de primas del seguro de salud de Medicaid
Todo lo demás de Medicaid
Sitio web: <https://www.in.gov/medicaid/>
<http://www.in.gov/fssa/dfr/>
Teléfono de la Administración de Servicios Familiares y Sociales: 1-800-403-0864
Teléfono de Servicios para miembros: 1-800-457-4584
- 9. IOWA** – Medicaid y CHIP (Hawki)
Sitio web de Medicaid: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid>
Teléfono: 1-800-338-8366
Sitio web de Hawki: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki>
Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563
Sitio web de HIPP: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp>
Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562
- 10. KANSAS** – Sitio web de Medicaid: <https://www.kancare.ks.gov/>
Teléfono: 1-800-792-4884
Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660
- 11. 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/kihipp.aspx>
Teléfono: 1-855-459-6328
Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov
Sitio web de KCHIP: <https://kynect.ky.gov>
Teléfono: 1-877-524-4718
Sitio web de Medicaid de Kentucky: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms>
- 12. Luisiana** – Sitio web de Medicaid: www.medicaid.la.gov o www.lahipp.gov
Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)
- 13. MAINE** – Sitio web de inscripción de Medicaid: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US
Teléfono: 1-800-442-6003
TTY: servicio de retransmisión de Maine 711
Sitio web de Private Health Insurance Premium: <https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>
Teléfono: 1-800-977-6740
TTY: servicio de retransmisión de Maine 711
- 14. MASSACHUSETTS** – Sitio web de Medicaid y CHIP: <https://www.mass.gov/masshealth/pa>
Teléfono: 1-800-862-4840
TTY: 711 Correo electrónico: masspreassistance@accenture.com

15. **MINNESOTA** – Sitio web de Medicaid: <https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/>
Teléfono: 1-800-657-3672
16. **MISSOURI** – Sitio web de Medicaid: <http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm>
Teléfono: 573-751-2005
17. **MONTANA** – Sitio web de Medicaid: <http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>
Teléfono: 1-800-694-3084
Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov
18. **NEBRASKA** – Sitio web de Medicaid: <http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>
Teléfono: 1-855-632-7633
Lincoln: 402-473-7000
Omaha: 402-595-1178
19. **NEVADA** – Sitio web de Medicaid: <http://dhcfnv.gov>
Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900
20. **NUEVA HAMPSHIRE** – Sitio web de Medicaid: <https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program>
Teléfono: 603-271-5218
Línea gratuita para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218
Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
21. **NUEVA JERSEY**: Sitio web de Medicaid y CHIP Medicaid: <http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/>
Teléfono: 1-800-356-1561
Teléfono de ayuda con las primas de CHIP: 609-631-2392
Sitio web de CHIP: <http://www.njfamilycare.org/index.html>
Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711).
22. **NUEVA YORK** – Sitio web de Medicaid: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
Teléfono: 1-800-541-2831
23. **CAROLINA DEL NORTE** – Sitio web de Medicaid: <https://medicaid.ncdhhs.gov/>
Teléfono: 919-855-4100
24. **DAKOTA DEL NORTE** – Sitio web de Medicaid: <https://www.hhs.nd.gov/healthcare>
Teléfono: 1-844-854-4825
25. **OKLAHOMA** – Sitio web de Medicaid y CHIP: <http://www.insureoklahoma.org>
Teléfono: 1-888-365-3742
26. **OREGON**: Sitio web de Medicaid: <http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx>
Teléfono: 1-800-699-9075
27. **PENNSYLVANIA**: Sitio web de Medicaid y CHIP: <https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html>
Teléfono: 1-800-692-7462
Sitio web de CHIP: <https://www.pa.gov/agencies/dhs/resources/chip.html>
Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)
28. **RHODE ISLAND** – Sitio web de Medicaid y CHIP: <http://www.eohhs.ri.gov/>
Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea directa RIte Share)
29. **CAROLINA DEL SUR** – Sitio web de Medicaid: <https://www.scdhhs.gov>
Teléfono: 1-888-549-0820
30. **DAKOTA DEL SUR** – Sitio web de Medicaid: <http://dss.sd.gov>
Teléfono: 1-888-828-0059
31. **TEXAS** – Sitio web de Medicaid: <https://www.hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program>
Teléfono: 1-800-440-0493
32. **UTAH** – Sitio web de Medicaid y CHIP Medicaid de Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP): <https://medicaid.utah.gov/upp/>
Correo electrónico: upp@utah.gov
Teléfono: 1-888-222-2542
Sitio web de Expansión de Adultos: <https://medicaid.utah.gov/expansion/>
Sitio web del Programa de compra de Medicaid de Utah: <https://medicaid.utah.gov/buyout-program/>
Sitio web de CHIP: <https://chip.utah.gov/>
33. **VERMONT** – Sitio web de Medicaid: <https://dvh.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program>
Teléfono: 1-800-250-8427
34. **VIRGINIA** – Sitio web de Medicaid y CHIP: <https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/pr emium-assistance/famis-select>
<https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs>
Teléfono Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
35. **WASHINGTON** – Sitio web de Medicaid: <https://www.hca.wa.gov/>
Teléfono: 1-800-562-3022
36. **WEST VIRGINIA** – sitio web de Medicaid y CHIP: <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)
37. **WISCONSIN** – Sitio web de Medicaid y CHIP: <https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm>
Teléfono: 1-800-362-3002
38. **WYOMING** – Sitio web de Medicaid: <https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/>
Teléfono: 1-800-251-1269

Para consultar si desde el 31 de julio de 2025 algún otro estado ha agregado un programa de asistencia para el pago de las primas u obtener más información sobre los derechos a inscripción especial, comuníquese con las siguientes entidades:

Departamento de Trabajo de los Estados Unidos
Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid del
Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción de menú 4, ext. 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. Visite el sitio Make It Yours para conocer las diferentes aseguradoras y opciones que usted tiene a su disposición.			
Cuenta de ahorros para la salud (HSA)	Alight	Smart-Choice	855-536-8228	digital.alight.com/chenmed
Cuentas de gastos flexibles (FSA) para atención de dependientes, atención médica y fines limitados	Alight	Smart-Choice	855-536-8228	digital.alight.com/chenmed
Seguro de vida básico y por AD&D Seguro de vida y por AD&D complementario Seguro por discapacidad a corto plazo Seguro por discapacidad a largo plazo	Lincoln Financial	09-LF0903	855-745-8604	www.MyLincolnPortal.com
Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA)				
Seguro de enfermedades críticas, Indemnización hospitalaria y Seguro por accidentes	Lincoln Financial	1284089	800-423-2765	www.MyLincolnPortal.com Correo electrónico: clientservices@lfg.com
Plan de protección legal	Legal Club	N/A	800-305-6816	http://www.legalclub.com/
Plan de Asistencia para Empleados (EAP)	Cigna	N/A	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
Atención de respaldo	Bright Horizons	N/A	877-242-2737	www.backup.brighthorizons.com



NOTA: Las disposiciones reales del plan para los beneficios de ChenMed (“la Empresa”) se incluyen en los documentos correspondientes del plan, incluida la Descripción Resumida del Plan (SPD) y los folletos incorporados de beneficios/aseguradoras. La Guía de inscripción en los beneficios es solo un resumen y no describe todas las opciones de beneficios. Esta Guía de inscripción a los beneficios proporciona actualizaciones de su SPD existente a partir del primer día del plan anual, que describe sus beneficios de salud y bienestar con mayor detalle. Hasta que la Empresa le proporcione una SPD actualizada, esta guía es un Resumen de modificaciones sustanciales (SMM) y debe conservarse con sus registros, junto con su SPD. Como siempre, los documentos oficiales del plan determinan los beneficios que tiene disponibles. Si existe alguna discrepancia entre esta guía y los documentos oficiales, prevalecerán estos últimos. La Empresa se reserva el derecho a enmendar o cancelar cualquiera de sus planes o políticas, realizar cambios a los beneficios, costos y otras disposiciones relacionadas con los beneficios en cualquier momento, con previo aviso o sin él, sujeto a la ley de aplicación.