



**COMPASS**  
HEALTH, INC.

**2026**  
GUÍA DE  
BENEFICIOS



# BIENVENIDO

---

## ¡Bienvenido a su guía de beneficios 2026!

En Compass Health, nuestros empleados son nuestro activo más valioso. Estamos comprometidos a proporcionar una programa integral de beneficios para empleados para ayudar a todos a mantenerse saludables, sentirse seguros y mantener un equilibrio de calidad entre el trabajo y la vida personal.

Esta guía está destinada a proporcionar un resumen de alto nivel de sus beneficios. Para ver los documentos del plan, Comuníquese con un miembro de su equipo de recursos humanos.

### TABLA DE CONTENIDO

Preguntas frecuentes sobre la inscripción.....	<b>3</b>
Médica .....	<b>4</b>
Soluciones el bienestar.....	<b>8</b>
Cuenta de ahorros para la salud.....	<b>9</b>
Cuenta de Gastos Flexibles.....	<b>10</b>
Dental.....	<b>11</b>
Visión.....	<b>12</b>
Vida.....	<b>13</b>
Accidente .....	<b>14</b>
Enfermedad crítica.....	<b>15</b>
Indemnización hospitalaria .....	<b>15</b>
Conozca sus términos.....	<b>16</b>
Contactos .....	<b>17</b>

# PREGUNTAS FRECUENTES DE INSCRIPCIÓN

## Si cambio de opinión, ¿puedo cambiar de plan o agregar un dependiente después de la Inscripción Abierta? ¿Se acabó?

Una vez que finalice la Inscripción Abierta, los empleados solo podrán realizar cambios en sus beneficios si experimentan un evento de vida que los califique. (Tenga en cuenta que las deducciones después de impuestos se pueden cancelar en cualquier momento).

Los eventos de vida calificados incluyen:

- Matrimonio, divorcio, nulidad o separación legal
- Inicio o terminación de una relación de pareja de hecho
- Nacimiento o adopción de un niño
- Pérdida de elegibilidad de un dependiente (por ejemplo, el hijo cumple 26 años)
- Pérdida de otra cobertura de salud (por ejemplo, la cobertura proporcionada por el empleador del cónyuge)

Si experimenta un evento de vida calificado, debe notificar a Recursos Humanos dentro de los 30 días posteriores al evento de vida calificado para realizar cambios en los beneficios aplicables. Para realizar estos cambios, simplemente inicie sesión en su Portal de beneficios de Paylocity, elija una opción de evento de vida en la página de inicio y siga las instrucciones para inscribirse o cancelar la cobertura.

## ¿CUANDO ERES ELEGIBLE?

Para ser elegible para recibir beneficios, usted debe ser un empleado programado regularmente para trabajar 30 o más horas por semana, excluyendo empleados temporales y de temporada.

Los nuevos empleados son elegibles el primer día del mes siguiente a dos meses de empleo.

## COSTOS DE COBERTURA - POR PERIODO DE PAGO

### MÉDICO

	PPO CLÁSICO	PPO HIA+	PPO HSA
Solo empleado	\$157.50	\$150.00	\$47.50
Empleado y cónyuge	\$825.00	\$750.00	\$422.50
Empleado y niño(s)	\$480.00	\$450.00	\$150.00
Familia	\$1,180.00	\$1,100.00	\$615.00

### DENTAL

	PLAN ALTO	PLAN BAJO
Solo empleado	\$23.25	\$13.79
Empleado + 1	\$48.01	\$41.27
Familia	\$82.23	\$60.79

### VISIÓN

Solo empleado	\$3.48
Empleado + 1	\$5.41
Employee + Family	\$8.58

## Plan PPO clásico

Su empleador ofrece seguro médico para proteger su salud y la de su familia. Cubre gastos médicos como visitas al consultorio del médico, atención de emergencia y medicamentos recetados. Es importante tener un plan médico que satisfaga sus necesidades y las de su familia.

Tenga en cuenta que los costos de bolsillo serán menores si recibe atención de un médico dentro de la red. Para encontrar un médico dentro de la red, visite [www.anthem.com/ca](http://www.anthem.com/ca).

<b>PPO CLÁSICO 750/30/60/20</b>		
	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Deducible (Individual/Familia)</b>	\$750/\$2,250	\$2,000/\$6,000
<b>Coseguro</b>	20%*	50%*
Máximo de bolsillo (Individual/Familia)	\$4,000/\$8,000	\$15,000/\$30,000
<b>Visitas al médico</b>		
Atención primaria	\$30	50%*
Preventivo de rutina	\$0	50%*
Especialista	\$60	50%*
Salud en vivo (Aplicación móvil)	\$0	N/A
<b>Servicios hospitalarios</b>		
Servicios médicos	20%*	50%*
Hospitalización para pacientes internados	\$250 + 20%*	50%*
Cirugía Ambulatoria	20%*	50%*
Diagnóstico básico ambulatorio	20%*	50%*
Visita de atención de urgencia	\$30	50%*
Visita a la sala de emergencias	\$250 deducible + 20%*	Cubierto como dentro de la red
<b>Recetas minoristas</b>		
Deducible de medicamentos recetados	\$200 por persona / \$600 por familia <i>(no aplica para medicamentos de nivel 1)</i>	\$200 por persona / \$600 por familia <i>(no aplica para medicamentos de nivel 1)</i>
Nivel 1 / Nivel 2 / Nivel 3 / Nivel 4	\$20 / \$35* / \$70* / 30% hasta un máximo de \$150*	50% hasta \$250 por receta*
<b>Recetas por correo</b>		
Nivel 1 / Nivel 2 / Nivel 3 / Nivel 4	\$20 / \$70* / \$140* / 30% hasta un máximo de \$150*	No cubierto

### \*Después del deducible

**Beneficio de infertilidad:** De conformidad con la ley CA SB 729, su plan de salud para grupos grandes ahora cubre servicios ampliados para el tratamiento de la infertilidad. Consulte la evidencia de cobertura (EOC) para obtener más detalles sobre la cobertura y las exclusiones.

PPO CLÁSICO	Costo del empleado por período de pago*
Solo empleado	\$157.50
Empleado y cónyuge	\$825.00
Empleado y niño(s)	\$480.00
Familia	\$1,180.00

\*24 periodos de pago

## PPO HIA+

El plan PPO HIA+ es un plan médico basado en incentivos de salud que incluye un cuenta de incentivo de salud. Puede usar esta cuenta para ayudarlo a pagar los gastos médicos elegibles. Los montos no utilizados se transfieren de un año a otro y se restablecen anualmente el 1 de enero. La asignación inicial de HIA se prorroga según la inscripción del año calendario.

Tenga en cuenta que sus costos de bolsillo serán más bajos si recibe atención de un médico y un centro dentro de la red. Para encontrar un médico dentro de la red, visite [www.anthem.com/ca](http://www.anthem.com/ca).

**HIA+  
ASIGNACIONES**  
\$500 INDIVIDUAL  
\$1,000 FAMILIA

PPO HIA+ 1000/30/20		
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Deducible (Individual/Familia)</b>	\$1,000/\$2,000	\$3,000/\$6,000
<b>Coseguro</b>	20%*	40%*
Máximo de bolsillo (Individual/Familia)	\$3,000/\$6,000	\$9,000/\$18,000
<b>Visitas al médico</b>		
Atención primaria	\$30	40%*
Preventiva de rutina	\$0	40%*
Especialista	\$30	40%*
Salud en vivo (Aplicación móvil)	\$0	N/A
<b>Servicios hospitalarios</b>		
Servicios médicos	20%*	40%*
Hospitalización para pacientes internados	20%*	40%*
Cirugía Ambulatoria	20%*	40%*
Diagnóstico básico ambulatorio	20%*	40%*
Visita de atención de urgencia	\$30	40%*
Visita a la sala de emergencias	20%*	Cubierto como dentro de la red
<b>Recetas minoristas</b>		
Nivel 1 (a)(b) / Nivel 2 / Nivel 3 / Nivel 4	\$5(a), \$15(b) / \$40 / \$60 / 30% hasta un máximo de \$250	40% hasta \$250 por receta*
<b>Recetas por correo</b>		
Nivel 1 (a)(b) / Nivel 2 / Nivel 3 / Nivel 4	\$10(a), \$30(b) / \$100 / \$150 / 30% hasta un máximo de \$250	No cubierto

\*Después del deducible

**Beneficio de infertilidad:** De conformidad con la ley CA SB 729, su plan de salud para grupos grandes ahora cubre servicios ampliados para el tratamiento de la infertilidad. Consulte la evidencia de cobertura (EOC) para obtener más detalles sobre la cobertura y las exclusiones.

PPO HIA+	Costo del empleado por período de pago*
Solo empleado	\$150.00
Empleado y cónyuge	\$750.00
Empleado y niño(s)	\$450.00
Familia	\$1,100.00

\*24 periodos de pago

# MÉDICO

## Cómo funciona el plan HIA+

Acceder a la atención médica y pagarla puede ser más fácil con el plan HIA+ de la organización de proveedores preferidos (PPO) de Anthem. Este plan de salud flexible viene con una cuenta de incentivo de salud (HIA) prefinanciada que le ayuda a pagar sus gastos de salud de bolsillo.

Un plan PPO flexible significa que usted puede visitar cualquier médico, hospital o farmacia de la red de proveedores de Anthem, y el plan pagará los gastos cubiertos automáticamente utilizando los fondos disponibles en su cuenta HIA.

## Financiar su cuenta de incentivo HIA+

Cuando te inscribes en el plan PPO HIA+, Anthem financia tu cuenta de incentivo de dos maneras:

- 1 Si está inscrito en la fecha de vigencia del plan, recibirá un monto equivalente al 50% del deducible anual de su plan.**
- 2 Durante el año del plan, puedes ganar recompensas cuando participas en actividades saludables.**

## Usar su cuenta de incentivos

Cuando acuda a un médico dentro de la red, simplemente presente su tarjeta de identificación de miembro de Anthem PPO HIA+. Se presentará automáticamente un reclamo por usted y el costo de su atención o tratamiento se deducirá de su cuenta HIA disponible fondos. Tenga en cuenta que, por lo general, pagará menos cuando utilice proveedores de atención de la red del plan.

Para las recetas, usted pagará de su bolsillo en la farmacia.

Una vez que alcanza su deducible anual, su cobertura entra en vigencia y usted pagará solo el copago y/o coseguro, hasta el máximo de desembolso anual de su plan. Una vez que alcanza su máximo de desembolso anual, el plan pagará el 100% del costo de sus servicios y medicamentos cubiertos, hasta el monto permitido. (Consulte el Resumen de su plan para obtener más detalles.)

## LOS FONDOS DE LA HIA SE PUEDEN UTILIZAR PARA...



*Coseguro*



*Pagos Deducibles*



*Atención de Urgencia y Emergencia Cuidado*  
(Excepto copago)



*Visitas al Hospital*



*Medicamentos Recetados*  
(Excepto copago)



*Pruebas de Laboratorio*

## PPO HSA

Proteja su salud y la de su familia. Este plan cubre gastos médicos como visitas al consultorio del médico, atención de emergencia y medicamentos recetados. Es importante tener un plan médico que satisfaga sus necesidades y las de su familia.

Tenga en cuenta que los costos de bolsillo serán menores si recibe atención de un médico y un centro de atención de la red. Para encontrar un médico de la red, visite [www.anthem.com/ca](http://www.anthem.com/ca).

COMPASS  
CONTRIBUIRA HASTA  
**\$500/AÑO**  
EN UN ACTIVO  
CUENTA DE HSA

PPO HSA/H 2000/3400/4000 20/40		
	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible <i>Individual</i>	\$2,000	\$6,000
Deducible <i>Individual en el nivel</i>	\$3,400	\$6,000
Deducible <i>Familia</i>	\$4,000	\$12,000
<i>Si se inscribe sin dependientes, su deducible individual será de \$2000. Si se inscribe con dependientes, cada persona tendrá un deducible de \$3400. Sin embargo, una vez que los gastos combinados de la familia alcancen los \$4000, se considerará que se ha cubierto el deducible para todos los miembros.</i>		
Coseguro	20%*	40%*
Máximo de bolsillo <i>Individual</i>	\$4,000	\$12,000
Máximo de bolsillo <i>Individual en el nivel familiar</i>	\$4,000	\$12,000
Máximo de bolsillo <i>Familia</i>	\$8,000	\$24,000
<b>Visitas al médico</b>		
Atención primaria	20%*	40%*
Preventiva de rutina	\$0	40%*
Especialista	20%*	40%*
Salud en vivo (Aplicación móvil)	\$0*	N/A
<b>Servicios hospitalarios</b>		
Servicios médicos	20%*	40%*
Hospitalización para pacientes internados	20%*	40%*
Cirugía Ambulatoria	20%*	40%*
Diagnóstico básico ambulatorio	20%*	40%*
Visita de atención de urgencia	20%*	40%*
Visita a la sala de emergencias	20%*	Cubierto como dentro de la red
<b>Recetas minoristas</b>		
Deducible de medicamentos recetados	Sujeto a deducible médico	Sujeto a deducible médico
Nivel 1 (a)(b) / Nivel 2 / Nivel 3 / Nivel 4	\$5(a)*, \$15(b)* / \$40* / \$60* / 30% hasta un máximo de \$250*	40% y hasta \$250 por receta*
<b>Recetas por correo</b>		
Nivel 1 (a)(b) / Nivel 2 / Nivel 3 / Nivel 4	\$12.50(a)*, \$37.50(b)* / \$120* / \$180* / 30% hasta un máximo de \$250*	No cubierto

**Beneficio de infertilidad:** De conformidad con la ley CA SB 729, su plan de salud para grupos grandes ahora cubre servicios ampliados para el tratamiento de la infertilidad. Consulte la evidencia de cobertura (EOC) para obtener más detalles sobre la cobertura y las exclusiones.

\*Después del deducible

PPO HSA	Costo del empleado por período de pago*
Solo empleado	\$47.50
Empleado y cónyuge	\$422.50
Empleado y niño(s)	\$150.00
Familia	\$615.00

\*24 periodos de pago

# SOLUCIONES DE BIENESTAR

El programa Wellbeing Solutions lo conecta con herramientas digitales de salud y bienestar fáciles de usar que pueden ayudarlo a mantenerse en su mejor estado de salud.

Cuando completes cualquiera de las actividades patrocinadas por el empleador que se enumeran a continuación, obtendrás recompensas que podrás canjear por tarjetas de regalo electrónicas para minoristas seleccionados. Elige las actividades que deseas completar para recibir el máximo de \$700.

**GANA HASTA  
\$700  
EN RECOMPENSAS**

Para obtener más información y canjear recompensas, visite [anthem.com/ca](https://anthem.com/ca) y vaya a My Health Dashboard.

Tipo de actividad	Actividades	Monto de la recompensa
Atención preventiva	Realizarse un examen preventivo anual de bienestar o un examen de bienestar de la mujer con su médico	\$20
	Hágase una prueba de colesterol anual	\$5
	Realizarse una prueba de detección de cáncer colorrectal (45 años o más)	\$25
	Realizarse una mamografía de rutina (mujeres de 40 a 74 años)	\$25
	Hágase un examen de la vista anual	\$20
	Reciba una vacuna anual contra la gripe	\$10
Programas de gestión de condiciones	Cuidado de la condición: trabaje uno a uno con su entrenador de salud y gane recompensas por participar y completar el programa	Up to \$225 (\$90/\$135)
	Construyendo Familias Saludables: Hay apoyo disponible a través de Aplicación Sydney Health dondequiera que se encuentre en su proceso de planificación familiar, como por ejemplo si está intentando concebir o criando a su hijo pequeño	\$125 (\$30/\$35/\$30/\$30)
	Coach de bienestar – Control de peso: recibe coaching personalizado por teléfono mientras completas tu objetivo para ganar una recompensa	\$60
	Coach de bienestar - dejar de fumar: recibe asesoramiento personalizado por teléfono mientras completas tu objetivo para ganar una recompensa	\$60
Actividades digitales y de bienestar	Inicie sesión en su cuenta de Anthem	\$5
	Conectar un dispositivo de fitness o estilo de vida	\$5
	Complete una evaluación de salud y reciba recomendaciones de salud personalizadas	\$20
	Planes de acción completos en torno a una alimentación saludable, control del peso y actividad física	Hasta \$20 (\$4 por plan de acción)
	Sigue tus pasos	Hasta \$60 (\$2 por cada 50,000 pasos registrados)
	Registro diario digital del Coach de Bienestar Completo	Hasta \$20 (\$4 por hito)
	Actualice su información de contacto	\$15



[anthem.com/ca/register](https://anthem.com/ca/register)

## DESCARGA LA APLICACIÓN SYDNEY HEALTH

- Busque atención y compare costos
- Vea lo que está cubierto y verifique las reclamaciones
- Ver y utilizar tarjetas de identificación digitales
- Verifique el progreso de su plan
- Lienar recetas

# CUENTA DE AHORRO PARA LA SALUD

WEX Bank y  
Paylocity

La Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) es una cuenta de propiedad individual que le permite reservar dinero antes de impuestos (lo que reduce su ingreso tributable) para pagar gastos médicos, dentales y de visión calificados gastos.

Puede utilizar los fondos de una HSA en cualquier momento para pagar gastos médicos calificados o puede ahorrar el dinero para gastos futuros. Usted es el propietario de la cuenta y el dinero es suyo para usarlo ahora o ahorrarlo y hacerlo crecer. El dinero se transfiere de un año a otro y usted nunca pierde ni pierde el saldo.

Puede abrir y contribuir a una HSA **solo** si está inscrito en un plan de salud con deducible alto (HDHP) calificado y cumple con otros requisitos.

	Contribución máxima al IRS 2026
Individual	\$4,400
Familia	\$8,750
Puesta al día para mayores de 55 años	\$1,000

*Las contribuciones máximas incluyen la contribución de hasta \$500 realizada por Compass Health a su cuenta HSA activa cada año.*

## SUS BENEFICIOS FISCALES DE LA HSA



*Las contribuciones son Libre de impuestos*



*Intereses y otros Las ganancias por contribuciones están libres de impuestos*



*Cantidades distribuidas De calificado Los gastos están libres de impuestos*

Una cuenta de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés) es una cuenta propiedad del empleador que le permite reservar dinero antes de impuestos (lo que reduce su ingreso sujeto a impuestos) para pagar gastos de bolsillo elegibles. Existen tres tipos de FSA:

- 1. Cuenta FSA de atención médica**– se puede utilizar para pagar gastos médicos, dentales, de ortodoncia y de la visión elegibles
- 2. FSA de propósito limitado** – se puede utilizar junto con una HSA para pagar gastos elegibles de dentales, ortodoncia y visión
- 3. Cuidado de dependientes** – se puede utilizar para pagar gastos elegibles de cuidado de niños, cuidado de ancianos o cuidado de un dependiente discapacitado para que usted y su cónyuge puedan trabajar o asistir a la escuela a tiempo completo

Tipo	Contribuciones máximas para 2026
Cuenta FSA de atención médica	\$2,000
FSA de propósito limitado	\$2,000
Cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes	\$5,000

## ¡LAS FSAS PUEDEN CUBRIR MÁS DE LO QUE IMAGINAS!

### ARTÍCULOS ESENCIALES DE SALUD

*Medicamentos sin receta  
médica*  
*Medicamentos para la  
alergia*  
*Protector solar*  
*Botiquines de primeros  
auxilios*  
*Vendas y vendajes*  
*Termómetros*

### CUIDADO PREVENTIVO Y PERSONAL

*Copagos*  
*Atención quiropráctica o  
acupuntura*  
*Gotas para los ojos y  
solución para lentes*  
*Productos para la  
menstruación*

### CUIDADO FAMILIAR Y DE DEPENDIENTES

*Gastos de cuidado infantil  
o niñera*  
*Cuidado diurno para  
adultos*  
*Campamentos diurnos*  
*Gastos relacionados con  
la búsqueda de empleo*

## Plan Dental

El seguro dental ofrece cobertura para atención preventiva como exámenes de rutina, limpiezas y radiografías, así como servicios básicos y mayores como empastes, extracciones, endodoncias y coronas.

Tenga en cuenta que, por lo general, sus costos serán más bajos si elige un dentista de la red. Para encontrar un dentista de la red, visite [www.anthem.com/ca](http://www.anthem.com/ca).

	PLAN ALTO		PLAN BAJO	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible ( <i>Individual/Familia</i> )	\$50/\$150	\$50/\$150	\$50/\$150	\$50/\$150
Tipo I - Servicios preventivos	100%	100%	100%	100%
Tipo II - Servicios Básicos	80%	80%	80%	80%
Tipo III - Servicios Mayores	50%	50%	50%	50%
Tipo IV - Servicios de Ortodoncia	50%	50%	No cubierto	No cubierto
Ortho Lifetime Max ( <i>adulto/ Niño</i> )	\$3,500	\$3,500	No cubierto	No cubierto
Beneficio máximo anual por persona	\$2,500	\$2,500	\$2,000	\$2,000
Base de pago de la reclamación	Tarifa negociada	80% UC	Tarifa negociada	80% UC

**Presupuesto previo al tratamiento:** se recomienda encarecidamente enviar un plan de tratamiento dental a la compañía de seguros ANTES de comenzar el trabajo dental que no sea de emergencia. La compañía de seguros proporcionará tanto al afiliado como al proveedor un informe de los beneficios y costos cubiertos.

	PLAN ALTO	PLAN BAJO
	Costo del empleado por período de pago*	Costo del empleado por período de pago*
Solo empleado	\$23.25	\$13.79
Empleado + 1	\$48.01	\$41.27
Familia	\$82.23	\$60.79

\*24 periodos de pago

Los gastos de bolsillo suelen ser más bajos cuando se accede a la atención médica de proveedores contratados, pero los miembros pueden acceder a la atención médica de cualquier proveedor. Los pagos a proveedores no contratados se basan en los cargos habituales y razonables de la región donde se prestan los servicios. Los miembros pueden ser responsables de cargos adicionales cuando utilizan proveedores no contratados, lo que se denomina facturación del saldo.

## PROCEDIMIENTOS DE EJEMPLO POR CLASIFICACIÓN

**TIPO 1**

- Examen de rutina
- Limpieza
- Rayos X
- Fluoruro para niños
- Selladores
- Mantenedores de espacio

**TIPO 2**

- Tratamiento de conducto
- Reparación de dentaduras postizas
- Extracciones simples

**TIPO 3**

- Incrustaciones
- Coronas
- Completa y
- Dentaduras postizas parciales

## Plan de visión

El seguro de la vista ofrece cobertura para el cuidado rutinario de los ojos y puede incluir la cobertura de anteojos y lentes de contacto. Su plan pagará estos servicios según el siguiente cronograma. Asegúrese de consultar el certificado de su plan para obtener más detalles.

Tenga en cuenta que, por lo general, sus costos serán más bajos si elige un oftalmólogo de la red. Para encontrar un oftalmólogo de la red, visite [www.vsp.com](http://www.vsp.com).

	Dentro de la red (elección VSP)	Fuera de la red
Soltero	\$25	Hasta \$70 de subsidio
Bifocal	\$25	Hasta \$50 de subsidio
Trifocal	\$25	Hasta \$65 de subsidio
Marcos	Hasta \$150 de subsidio	Hasta \$70 de subsidio
Lentes de contacto	Hasta \$150 de subsidio	Hasta \$105 de subsidio
Copago del examen de la vista	\$10	Hasta \$45 de subsidio
Frecuencia		
Examen	12	12
Lentes	12	12
Marcos	24	24
Contactos	En lugar de gafas	En lugar de gafas
Límite de edad para dependientes	26	26

Costo del empleado por período de pago*	
Solo empleado	\$3.48
Empleado + 1	\$5.41
Empleado + Familia	\$8.58

\*24 periodos de pago

### Característica añadida: VSP Lightcare

Copago de \$25 / Asignación de \$130 / Cada 24 meses para anteojos de sol sin receta listos para usar o anteojos con filtro de luz azul sin receta listos para usar, en lugar de anteojos o lentes de contacto recetados.



## Vida básica y AD&D

La cobertura básica de seguro de vida grupal y de muerte accidental y desmembramiento (AD&D) es un beneficio pagado en un 100% por el empleador y que se brinda sin costo alguno para usted. El beneficio de vida básico se pagará a sus beneficiarios en caso de que usted fallezca. El beneficio de AD&D se pagará en caso de una lesión resultante de un accidente cubierto.

Beneficios	
Beneficio de vida	\$10,000
Beneficio de AD&D	\$10,000
Reducción de beneficios	35% a los 65 años; 50% a los 70 años

**¡ Incluye Programa de Asistencia al Empleado!** Su EAP incluye asesoramiento telefónico las 24 horas, los 7 días de la semana para una amplia gama de problemas personales, familiares y laborales y hasta 3 sesiones de asesoramiento presenciales por problema.

- Visite [Mutualofomaha.com/eap](http://Mutualofomaha.com/eap) o llame al 800-316-2796

## Vida Voluntario y AD&D

Para mayor protección, los empleados pueden adquirir un seguro de vida voluntario y de muerte accidental y desmembramiento para ellos mismos, su cónyuge/pareja de hecho o sus dependientes a través de Mutual of Omaha. Para adquirir cobertura para sus dependientes elegibles, el empleado también debe tener cobertura de vida voluntaria. En la primera elegibilidad, se puede adquirir cobertura hasta los montos garantizados emitidos sin preguntas médicas. Después de la primera elegibilidad, la emisión garantizada no está disponible y se le solicitará que complete una declaración de salud. Consulte el resumen de beneficios de Mutual of Omaha en Paylocity para obtener detalles adicionales y los costos de la cobertura.

	Empleado	Cónyuge	Niño(s)
Beneficio máximo	\$200,000 <i>(Puede seleccionar en incrementos de \$25k)</i>	\$25,000 <i>(Puede seleccionar \$10k o \$25k)</i>	\$10,000
Emisión garantizada	10x salario anual hasta \$200,000	100% del beneficio del empleado, hasta \$25,000	\$10,000

**Las tarifas para el seguro de vida voluntario y el seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) están disponibles en su inscripción abierta de Paylocity.**

Tiene la opción de comprar un seguro contra accidentes, que le ayuda a proteger sus finanzas después de un accidente. Si sufre una lesión cubierta, recibirá una suma global y podrá usar el dinero para pagar los gastos médicos de bolsillo o los gastos cotidianos.

Beneficios	
Servicios de emergencia	\$200 - \$1,500
Seguimiento de accidentes	\$25 - \$400
Fracturas	\$480 - \$6,000
Internamiento hospitalario	\$1,500 entrada / \$300 diarios

Costo mensual	
Solo empleado	\$9.46
Empleado y cónyuge	\$15.07
Empleado y niño(s)	\$16.01
Familia	\$25.17

## MÁS INFORMACIÓN

*Escanee o haga clic en el código QR para obtener más información sobre la cobertura de accidentes*



# ENFERMEDAD CRÍTICA

Anthem Blue Cross

Tiene la opción de comprar un seguro contra enfermedades graves, que le ofrece un beneficio fijo en una suma global en caso de diagnóstico de una enfermedad grave, como un ataque cardíaco, un derrame cerebral o cáncer. Los beneficios se le pagan directamente a usted y pueden utilizarse para cualquier motivo, desde deducibles y medicamentos hasta gastos de viaje, cuidado de niños u otros gastos cotidianos.

Costo mensual por edad por \$10,000*				
Edad	Solo empleado	Empleado + cónyuge	Empleado + hijo(s)	Empleado + Familia
18-24	\$6.71	\$13.26	\$11.59	\$18.94
25-29	\$7.77	\$15.29	\$12.65	\$20.97
30-34	\$8.46	\$16.69	\$13.34	\$22.37
35-39	\$9.82	\$19.39	\$14.70	\$25.07
40-44	\$12.19	\$24.22	\$17.07	\$29.90
45-49	\$16.31	\$32.78	\$21.19	\$38.46
50-54	\$20.97	\$42.53	\$25.85	\$48.21
55-59	\$27.42	\$56.09	\$32.30	\$61.77
60-64	\$38.86	\$75.80	\$41.74	\$81.48
65-69	\$48.21	\$99.03	\$53.09	\$104.71
70-74	\$63.63	\$130.79	\$68.51	\$136.47
75-79	\$84.94	\$173.94	\$89.82	\$179.62
80-84	\$99.92	\$204.24	\$104.80	\$209.92

*\*Hay opciones de cobertura disponibles por 10,000, 20,000 y 30,000 dólares. Las tarifas de las opciones de nivel superior se pueden consultar en su inscripción abierta de Paylocity.*

# INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Anthem Blue Cross

Tiene la opción de adquirir un seguro de indemnización por hospitalización, que le paga beneficios mientras se encuentra internado en un hospital. Este tipo de cobertura es útil porque cubre los gastos de bolsillo que no cubre su plan médico.

Beneficios	
Beneficio del primer día de hospitalización	\$1,000
Internamiento hospitalario - Diario (Máximo 15 días)	\$100
Confinamiento en cuidados intensivos - Diario (Máximo 1 día)	\$1,000

Costo mensual	
Solo empleado	\$17.28
Empleado y cónyuge	\$35.99
Empleado y niño(s)	\$26.56
Familia	\$46.54

*Escanee o haga clic en el código QR para obtener más información sobre las coberturas de indemnización por enfermedades graves y hospitalización.*



# CONOZCA SUS TÉRMINOS

---

## **Coseguro**

El porcentaje de los costos totales que usted paga de su bolsillo por los gastos cubiertos después de alcanzar el deducible.

## **Copago (Copago)**

La tarifa fija que debe pagar de su bolsillo por ciertos servicios, como una visita al consultorio del médico o un medicamento recetado.

## **Deducible**

La cantidad que usted paga de su bolsillo antes de que el plan de salud comience a pagar su parte de los gastos cubiertos.

## **Red**

Los médicos, farmacéuticos y/u otros proveedores de atención médica que conforman los proveedores preferidos del plan. Cuando utiliza proveedores preferidos, paga menos porque han acordado un precio negociado previamente. También se denomina dentro de la red.

Si elige un proveedor fuera de la red, sus costos serán más altos porque no recibirá los descuentos que ofrecen los proveedores de la red.

## **Máximo de bolsillo**

El máximo que pagas cada año de tu bolsillo por los gastos cubiertos. Una vez que hayas alcanzado el máximo de desembolso personal, el plan de salud paga el 100 % de los gastos cubiertos

## **Contribución del empleado**

La cantidad que paga por su cobertura de seguro.

## **Servicios de atención preventiva**

Visitas, tratamientos, etc. que recibe para ayudarlo a mantenerse saludable (en lugar de cuando está enfermo o lesionado). Los servicios de atención preventiva incluyen exámenes físicos anuales, exámenes de bienestar y atención de bebés sanos.

## **Explicación de beneficios (EOB)**

Una declaración de la compañía de seguros que muestre cómo se procesaron los reclamos. La explicación de beneficios le indica qué parte del reclamo se pagó al proveedor de atención médica y qué parte del pago, si corresponde, le corresponde a usted.

## **Resumen de beneficios y cobertura (SBC)**

Como lo exige la reforma del sistema de salud, su compañía de seguros o el patrocinador de su plan le proporcionará un resumen claro y fácil de seguir de sus beneficios y la cobertura de su plan.

## **Medicamentos de venta libre (OTC)**

Medicamentos disponibles sin receta médica.

# CONTACTOS

---

## Médico

### **Anthem Blue Cross**

Grupo #: 279964

800-888-8288

[www.anthem.com/ca](http://www.anthem.com/ca)

## Dental

### **Anthem Blue Cross**

Grupo #: 279964

877-567-1804

[www.anthem.com/ca](http://www.anthem.com/ca)

## Visión

### **VSP**

Grupo #: 30061381

800-877-7195

[www.vsp.com](http://www.vsp.com)

## Vida

### **Mutual of Omaha**

Grupo #: G000AVHT

800-655-5142

[www.mutualofomaha.com](http://www.mutualofomaha.com)

## Programa de asistencia al empleado

### **Mutual of Omaha**

800-316-2796

[www.mutualofomaha.com/eap](http://www.mutualofomaha.com/eap)

## Accidente

### **Anthem Blue Cross**

Grupo #: 279964

800-888-8288

[www.anthem.com/ca](http://www.anthem.com/ca)

## Enfermedad crítica

### **Anthem Blue Cross**

Grupo #: 279964

800-888-8288

[www.anthem.com/ca](http://www.anthem.com/ca)

## Indemnidad hospitalaria

### **Anthem Blue Cross**

Grupo #: 279964

800-888-8288

[www.anthem.com/ca](http://www.anthem.com/ca)

## Cuenta de ahorros para la salud (HSA)

### **Paylocity/WEX Bank**

800-631-3539

[batinfo@paylocity.com](mailto:batinfo@paylocity.com)

## Cuenta de ahorros flexible FSA

### **Paylocity**

800-631-3539

[batinfo@paylocity.com](mailto:batinfo@paylocity.com)

## Corredor de beneficios

### **Morris & Garritano**

#### **Advocate Services**

855-662-1029

[AdvocateServices@morrisgarritano.com](mailto:AdvocateServices@morrisgarritano.com)

