



2026

Guía de Beneficios

MANTENIENDO EL CORAZÓN Y
LA MENTE SALUDABLES



CONTENIDO



AVISO DE LA PARTE D DE MEDICARE

Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le Brinda mas opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Consulte la sección Información Importante del plan para obtener mas detalles.

COMENZANDO	2
¿QUIÉN ES ELEGIBLE PARA LOS BENEFICIOS?	3
CAMBIAR SUS BENEFICIOS	4
INSCRIPCIÓN PARA BENEFICIOS	5
PLANES MEDICOS, DENTAL, VISION	6
QUE PLAN ES ADECUADO PARA USTED?	7
BUSCAR UN PROVEEDOR	8
APLICACIÓN BAM SM	9
PLAN MÉDICO HSA	10
CUENTA DE AHORROS DE SALUD (HSA)	11
PLAN MÉDICO PPO	12
PLAN HMO	13
DENTAL	17
VISIÓN	18
VIDA E INCAPACIDAD Y PLANES VOLUNTARIOS	19
BENEFICIOS OTORGADO POR LA EMPRESA, SEGURO DE VIDA Y AD&D VOLUNTARIO, SEGURO DE INCAPACIDAD A LARGO PLAZO, PLANES VOLUNTARIOS RELACIONADAS CON LA SALU, PLANES PARA MANTENERLO A USTED Y A SU FAMILIA SEGUROS	21
BIENESTAR Y EQUILIBRIO	25
LIFEBALANCE, PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP), WELL ONTARGET, BCBSIL VALORES AGREGADOS	
INFORMACION IMPORTANTE DEL PLAN	30
SUS COSTOS DE BENEFICIOS, CONTACTOS DEL PLAN, GLOSARIO	

¿QUIÉN ES ELEGIBLE PARA BENEFICIOS?



Empleados

Puede optar a los beneficios si es un empleado activo de tiempo completo que trabaja un mínimo de 30 horas semanales en Estados Unidos y es ciudadano o residente permanente de Estados Unidos.

Los empleados con horarios variables y estacionales pueden ser considerados elegibles para los beneficios. Consulte el apartado "Determinación de la elegibilidad" más adelante en esta guía, para obtener más detalles.

Dependientes elegibles

- Cónyuge o pareja legalmente casados
- Hijos naturales, adoptados o hijastros hasta los 26 años
- Hijos mayores de 26 años discapacitados y que dependen de usted para su manutención
- Hijos nombrados en una Orden de Manutención Médica Autorizada (QMCSO).

Para más información, consulte los folletos de beneficios de cada beneficio.

Quien no es elegible

Los miembros que no son elegibles para la cobertura incluyen (entre otros):

- Padres, abuelos y hermanos.
- Empleados que trabajan menos de 30 horas semanales, empleados temporales que no están en la nómina de BOX Partners, empleados contratados o empleados que residen fuera de los Estados Unidos.

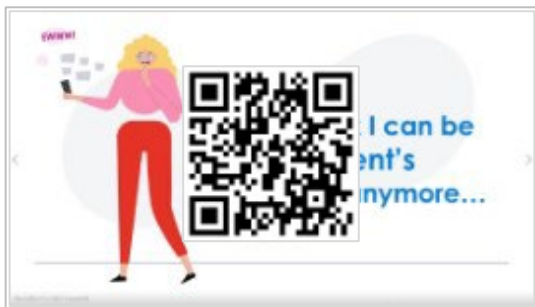
Cuándo puede inscribirse

Puede inscribirse en beneficios como nuevo empleado o durante el periodo anual de inscripción abierta anual. La cobertura para nuevos empleados comienza el día 1 del mes siguiente a los 30 días de empleo.

Si se le pasa el plazo de afiliación, tendrá que esperar hasta la siguiente afiliación abierta (el único momento del año en el que puede hacer cambios en sus beneficios por cualquier motivo).

CAMBIAR SUS BENEFICIOS

De clic para ver el video



LA VIDA PASA

Un cambio en su vida puede permitirle actualizar sus opciones de beneficios. Vea el vídeo para conocer sus opciones.

SE APLICAN TRES REGLAS PARA REALIZAR CAMBIOS EN SUS BENEFICIOS DURANTE EL AÑO:

1. Cualquier cambio que realice debe ser coherente con el cambio de estado.
2. Debe realizar el cambio dentro de los 31 días siguientes a la fecha en que ocurra el evento.
3. Se requiere toda la documentación adecuada para cubrir a los dependientes (actas de matrimonio, actas de Nacimiento, etc.).

Fuera de la afiliación abierta, puede afiliarse o hacer cambios en sus elecciones de beneficios si tiene un gran cambio en su vida, incluyendo:

- Cambio de estado civil legal
- Cambio en el número de dependientes o en el estado de elegibilidad de los dependientes
- Cambio de situación laboral que afecte a su derecho, al de su cónyuge o al de sus hijos dependientes
- Cambio de residencia que afecte al acceso a los proveedores de la red
- Cambio en su cobertura de salud o en la de su cónyuge debido al empleo de su cónyuge
- Cambio en la elegibilidad de una persona para Medicare o Medicaid
- Orden judicial que exige la cobertura de su hijo
- "Evento de inscripción especial" en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), incluido un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento o adopción, o la pérdida de cobertura en otro plan de seguro médico
- Evento permitido bajo la Ley de Reautorización del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) (tiene 60 días para solicitar la inscripción por eventos permitidos bajo CHIP).

Debe presentar su cambio en los 31 días siguientes al evento.

INSCRIPCIÓN PARA BENEFICIOS



Instrucciones de inscripción

Utilizará Paycom, su sistema de administración de beneficios, para inscribirse en los beneficios. A continuación encontrará instrucciones paso a paso sobre cómo inscribirse. Puede acceder a Paycom haciendo clic [AQUÍ](#) o escaneando el código QR a continuación.



Paso 1:

Desde el Centro de Notificaciones, toque Inscripción de Beneficios del año en curso. Revise las instrucciones y toque Iniciar Inscripción ("Start Enrollment").

Paso 2:

Revise su información. Pulse "Editar" para cambiar algo o "Siguiente" para continuar.

Paso 3:

Complete las preguntas previas a la afiliación y toque "Guardar y Siguiente". También puede editar la información de los dependientes y beneficiarios existentes en esta pantalla, así como añadir un dependiente o beneficiario.

Paso 4:

Elija si desea inscribirse o rechazar un plan marcando la opción correspondiente. Si es necesario, elija qué dependientes quiere añadir. Cuando termine, pulse "Inscribirse". Continúe para cada plan de beneficios.

Paso 5:

Cuando termine, revise su inscripción y toque "Finalizar". A continuación, pulse "Firmar y enviar" en la ventana emergente. Para ver sus beneficios actuales en cualquier momento, navegue a Beneficios > Beneficios actuales.



MÉDICO

NUESTROS PLANES

Plan Médico HSA

Plan Médico PPO

Plan Médico HMO (Sólo IL)

De clic para ver los videos



¿QUÉ PLAN LE CONVIENE?

Depende de sus necesidades de salud, de sus médicos favoritos y de su presupuesto. He aquí algunas consideraciones.

¿Prefiere determinados médicos u hospitales?

Si quiere seguir con sus médicos y centros favoritos, compruebe si están en la red del plan. Si no lo están, pero se siente cómodo pagando un poco más para verlos, considere un plan con prestaciones tanto dentro como fuera de la red.

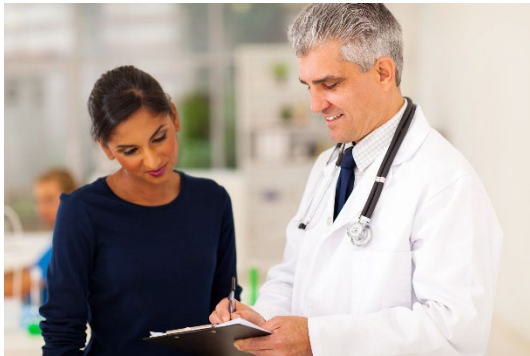
¿Cuáles son sus necesidades de salud habituales?

¿Visita con frecuencia al médico o a los servicios de urgencia?
¿Tiene alguna enfermedad que requiera un especialista?
¿Toma medicamentos recetados? Compare cómo cubre cada plan los servicios que necesita con más frecuencia.

Tenga en cuenta el resultado final

¿A cuánto asciende la deducción mensual de la nómina?
¿Tiene que pagar un deducible? ¿Cuál es el importe del límite de desembolso personal? ¿Qué porcentaje del costo cubre el plan? ¿A cuánto ascienden los copagos por las visitas a la consulta, las recetas, etc.? Todos estos factores influyen en el costo total de la atención de salud.

¿QUÉ PLAN ES EL ADECUADO PARA USTED?



A través de BCBSIL, le ofrecemos (3) planes médicos. Dedique un momento a revisar las características, beneficios y desventajas de cada plan.

Considere el Plan Médico HSA si:

- Quiere poder ver a cualquier proveedor, incluso a un especialista, sin necesidad de una derivación
- Está dispuesto a pagar más por ver a proveedores fuera de la red
- Quiere ahorrar impuestos en sus costos de atención médica
- Quiere crear una cuenta de ahorro para los futuros costos de atención médica para usted y los miembros de su familia que reúnan los requisitos necesarios
- Desea una forma adicional de aumentar sus ahorros para la jubilación.
- Nota: BOX Partners financia una parte de la HSA.

Desventajas: La principal desventaja de este plan es el deducible más alto que tiene que cumplir. El deducible alto se coloca en este plan debido al hecho de que cuando se inscribe en este plan, usted se inscribe en la Cuenta de Ahorros de Salud (HSA) que ayuda a compensar los altos costos.

Considere el Plan Médico PPO (organización de proveedores preferidos) Open Access Plus Medical si:

- Quiere poder ver a cualquier proveedor, incluso a un especialista, sin necesidad de una derivación
- Está dispuesto a pagar más por ver a proveedores fuera de la red.

Desventajas: La principal desventaja de una PPO es que el costo tiende a ser más alto para el afiliado/empleador. Además, los gastos de su desembolso también suelen ser más elevados debido a las franquicias y a la participación en los costos que conlleva un plan PPO.

Considere el Plan Médico HMO (Health Maintenance Organization) médico si:

- Desea tener costos de su bolsillo más bajos y predecibles
- Le gusta tener un solo médico que gestione su atención
- Está satisfecho con la selección de proveedores de la red
- No ve a ningún médico que esté fuera de la red.

Desventajas: La principal desventaja de una HMO es que las opciones de proveedores de servicios se limitan únicamente a los proveedores de atención de la red. Además, si se inscribe en este plan, está obligado a seleccionar un PCP (médico de atención primaria), en el que se requieren referencias para ver a un especialista.

El Plan HMO sólo está disponible en Illinois.

BUSCAR UN PROVEEDOR



Ya sea que se inscriba en el Plan Médico HMO, el Plan Médico PPO o el Plan Médico HSA, puede maximizar sus beneficios utilizando proveedores dentro de la red. Tenga en cuenta que los planes médicos HSA y PPO utilizan la red de proveedores Blue Choice PPO. El plan HMO utiliza la red Blue Advantage HMOSM.

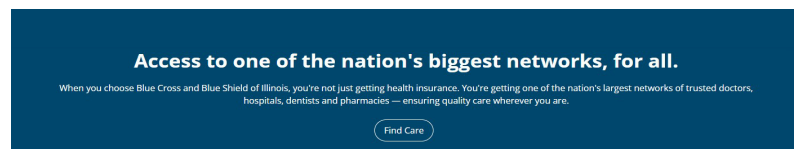
Encuentre atención médica en BAMSM. Como Encontrar un Proveedor:

Paso 1: Visite www.bcbsil.com.

Paso 2: Seleccione "Buscar atención médica."

Paso 3: Busque como invitado.

Paso 4. Seleccione su estado.



Search As a Guest

If you don't have a member account set up or if you're not a member with BCBSIL, you have the option to search as a guest through Provider Finder.

Before searching, be sure to know:

- Your plan name
- Your physician's or facility's name
- The type of care you need
- Your ZIP code, or the ZIP code of where you want care

[Search as a Guest](#)

Employer Plans

Through my, my spouse's, or my parent's employer

[Select](#)

Do you have HMO or PPO insurance?

Having HMO or PPO insurance affects which doctors are in your network. Please select carefully to avoid high out-of-network costs.

HMO

My primary care provider (PCP) must refer me to see specialists.

[Select](#)

PPO

My doctor does not need to refer me to a specialist.

[Select](#)

Select your HMO Plan

Doctors do not accept all HMO plans. Please carefully select your plan to avoid high out-of-network costs.



Blue Advantage HMOSM [ADV]

Blue Advantage HMO Value ChoiceSM

Select your PPO Plan

Doctors do not accept all PPO plans. Please carefully select your plan to avoid high out-of-network costs.



Participating Provider Organization [PPO]

Blue PPOSM, Blue Print PPOSM, BlueEdge HSASM

Paso 5: Haga clic en "Planes del empleador" y seleccione "Organización de proveedores participantes (PPO)" en "Seleccione su plan PPO".

Paso 6: Si se inscribe en el plan HMO, seleccionará la red "Blue Advantage HMOSM".

Aplicación de BCBSIL, BAMSM



Conozca todo el valor de BAMSM.

Vaya a www.bcbsil.com para iniciar sesión o crear una cuenta en BAM (Blue Access for Members).

Con BAM, ahora puede:

Encontrar Atención

- Encontrar profesionales de la salud cercanos
- Ser una cita para una visita virtual

Reclamaciones, Cobertura, y Bienestar

- Revise los aspectos destacados de sus beneficios, reclamos o su Explicación de Beneficios (EOB)
- Ver la cobertura de sus dependientes
- Suscríbase a programas saludables, obtenga pautas preventivas, consejos de bienestar y otros temas

Mensajería Segura

- Envíe mensajes a nuestros médicos capacitados
- Envíe mensajes al servicio de atención al cliente con preguntas sobre sus reclamaciones
- Todos los mensajes son privados y seguros

Identificación de Miembro Digital

- Comparta su tarjeta de identificación digital con su médico
- Consulte, descargue, imprima o solicite una nueva tarjeta de identificación

MÉDICO- Plan Médico HSA



Usted siempre paga el deducible y el copago (\$). El coaseguro (%) muestra lo que el plan paga después del deducible.

	En la red (BCBSIL PPO)	Fuera de la red
Deducible anual	\$2,000 individual \$3,400 individual en familiar \$4,000 familiar	\$4,000 individual \$4,000 individual en familiar \$8,000 familiar
Límite anual de desembolso por persona	\$4,000 individual \$4,000 individual en familiar \$8,000 familiar	\$6,000 individual \$6,000 individual en familiar \$12,000 familiar
Visita a consultorio	Plan paga 80%*	Plan paga 60%*
Especialista	Plan paga 80%*	Plan paga 60%*
Atención preventiva	Sin cargo (deducible eximido)	Plan paga 60%*
Quiropráctico	Plan paga 80%* 20 días max.	Plan paga 60%* 20 días max.
Atención de acupuntura	Plan paga 80%* 20 días max.	Plan paga 60%* 20 días max.
Laboratorio y radiografías	Plan paga 80%*	Plan paga 60%*
Atención de urgencia	Plan paga 80%*	Plan paga 60%*
Sala de emergencias	\$150 + 20%* (copago exento si es admitido)	\$150 + 20%* (copago exento si es admitido)
Hospitalización	Hospitalización: Plan paga 80%* Ambulatorio: Plan paga 80%*	Hospitalización: Plan paga 60%* Ambulatorio: Plan paga 60%*
Equipo médico durable	Plan paga 80%*	Plan paga 60%*
MEDICAMENTOS RECETADOS¹		
Límite De desembolso personal	Combinado con Médico	
Deducible	Combinado con Médico	
Por unidad	30 días de suministro	
Genérico	\$10 copago*	\$10 copago + 50% del importe permitido*
Marca	\$40 copago*	\$40 copago + 50% del importe permitido*
Marca no preferida	\$60 copago *	\$60 copago + 50% del importe permitido*
Orden por correo	90 días de suministro	
Genéricos	\$20 copago*	No cubierto
Marca preferida	\$80 copago*	
Marca no preferida	\$120 copago*	

*El coseguro y/o copago indicado esta sujeto al deducible del plan.

¹El miembro deberá pagar la diferencia del precio minorista cuando elija una receta de marca cuando haya una genérica disponible (a menos que esté aprobada como medicamento necesaria).

CUENTA DE AHORROS DE SALUD (HSA)

De clic para ver videos



¿ES USTED ELEGIBLE?

La HSA no es para todo el mundo. Usted es elegible sólo si está:

1. Inscrito en el Plan Médico HSA
2. No está inscrito en otra cobertura médica que no sea del HDHP, incluyendo Medicare, Medicaid o Tricare.
3. No es un dependiente fiscal.

IMPORTANTE SABER

Es posible que se le solicite que complete pasos adicionales para verificar su identidad y abrir su cuenta HSA. BOX Partners retendrá los fondos de su HSA de empleador hasta el final del año del plan. En ese momento, perderá el derecho a recibir la contribución de su empleador si su cuenta no está abierta para recibir los fondos.

Una cuenta de ahorros personal para el cuidado de la salud

Una cuenta de ahorros para la salud (HSA) es una manera fácil de pagar los gastos de atención médica que tiene hoy y ahorrar para los gastos que pueda tener en el futuro.

Cómo funciona el Plan Médico HSA:

- Su cuenta HSA se configura automáticamente después de que se inscribe en el Plan Médico HSA.
- Puede contribuir hasta los límites establecidos por el IRS.

Individual: \$4,400 por año

Familiar: \$8,550 por año

¿Tiene más de 55 años? Puede contribuir \$1,000 adicionales por año, en lo que comúnmente se llama una "contribución de recuperación".

- Para ayudarlo a comenzar, BOX Partners hará una contribución anual total de \$750 para la inscripción individual o \$1,500 para la inscripción familiar, los cuales serán depositados durante todo el año en montos de nómina de \$28.84 para inscripción individual o \$57.69 para inscripción familiar.
NOTA: Esta cantidad se prorrateará en función de su fecha de contratación.
- Puede usar su tarjeta de débito HSA para pagar gastos elegibles como visitas al consultorio, pruebas de laboratorio, recetas, atención dental y de la vista, e incluso algunos artículos de farmacia. Para obtener una lista completa de los gastos elegibles, puede visitar www.bcbsil.com.

Cuatro razones para amar una HSA

1. **Libre de impuestos.** No hay impuesto federal sobre las contribuciones, ni impuesto estatal en la mayoría de los estados. Los retiros también están libres de impuestos siempre que sean para gastos de atención médica elegibles. Consulte la legislación fiscal de su estado.
2. **Nada de "úsalo o piérdelo".** Su saldo se acumula año tras año. Usted es dueño de la cuenta y puede continuar usándola incluso si cambia de plan médico o deja la compañía.
3. **Úselo ahora o más tarde.** Use su HSA para los gastos de atención médica que tenga hoy o guárdela para usarla en el futuro.
4. **Impulsa el ahorro para la jubilación.** Después de jubilarse, puede usar su HSA para gastos de atención médica libres de impuestos, o para gastos de subsistencia regulares, sujetos a impuestos pero sin multas.

MÉDICO- Plan Médico PPO



Bajo este Plan PPO, tiene la libertad de ver a cualquier proveedor, independientemente de si están dentro o fuera de la red PPO. A diferencia de una HMO, no requiere la elección de un médico de atención primaria, lo que significa que no necesita una remisión de un PCP para ver a un médico especialista.

	En la red (BCBS PPO)	Fuera de la red
Deducible anual	\$2,000 individual \$4,000 familiar	\$4,000 individual \$8,000 familiar
Límite anual de desembolso por persona	\$4,000 individual \$8,000 familiar	\$6,000 individual \$12,000 familiar
Visita a consultorio	\$30/ visita (deducible eximido)	Plan paga 60%*
Especialista	\$30/ visita (deducible eximido)	Plan paga 60%*
Atención preventiva	Sin cargo (deducible eximido)	Plan paga 60% *
Quiropráctico	\$30/ visita (deducible eximido) 20 días max.	Plan paga 60%* 20 días max.
Atención de acupuntura	\$30/ visita (deducible eximido) 20 días max.	Plan paga 60%* 20 días max.
Laboratorio y radiografías	Plan paga 80%*	Plan paga 60%*
Atención de urgencia	Plan paga 80%*	Plan paga 80%*
Sala de emergencias	\$150/ visita + 20%* (copago eximido si es admitido)	\$150/ visita + 20%* (copago eximido si es admitido)
Hospitalización	Hospitalización: Plan paga 80%* Ambulatorio: Plan paga 80%*	Hospitalización: Miembro paga \$300/ visita +40%* Ambulatorio: Plan paga 60%*
Equipo médico durable	Plan paga 80%*	Plan paga 60%*
MEDICAMENTOS RECETADOS¹		
Rx Copago Límite De desembolso personal	\$1,000 individual/ \$3,000 familiar	
Deducible	No aplica	
Por unidad	30 días de suministro	
Genérico	\$10 copago	\$10 copago + 50% del importe permitido
Marca	\$40 copago	\$40 copago + 50% del importe permitido
Marca no preferente	\$60 copago	\$60 copago + 50% del importe permitido
Orden por correo	90 días de suministro	
Genéricos	\$20 copago	No cubierto
Marca preferida	\$80 copago	
Marca no preferida	\$120 copago	

*El coseguro y/o copago indicado esta sujeto al deducible del plan.

¹El miembro deberá pagar la diferencia del precio minorista cuando elija una receta de marca cuando haya una genérica disponible (a menos que esté aprobada como medicamento necesaria).

MÉDICO- Plan Médico HMO (solo en IL)

Bajo el Plan HMO, usted paga una pequeña tarifa (copago), generalmente pagada en el momento de la cita, para la mayoría de las visitas al consultorio y los servicios médicos. No paga deducibles ni coaseguro. Si elige este plan, debe seleccionar un médico de atención primaria (PCP). Su PCP brinda atención médica general, como controles anuales, y autoriza las remisiones a otros médicos, especialistas e instalaciones que su PCP no proporciona.






	En la red
Deducible anual	Ninguno
Límite anual de desembolso por persona	\$2,000 individual \$4,000 familiar
Visita a consultorio	\$20/ visita
Especialista	\$40/ visita
Atención preventiva	Sin cargo
Quiropráctico	\$20 copago 20 días max.
Atención de acupuntura	\$20 copago
Laboratorio y radiografías	Sin cargo
Atención de urgencia	\$40 copago
Sala de emergencias	\$250/ visita (copago eximido si es admitido)
Hospitalización	Hospitalización: \$200/ visita Ambulatorio: \$100/ visita
Equipo médico durable	Sin cargo
MEDICAMENTOS RECETADOS^{1&2}	
Límite De desembolso personal	Combinado con Médico
Deducible	No aplica
Por unidad	30 días de suministro
Genérico	\$10 copago
Marca	\$50 copago
Marca no preferente	\$90 copago
Orden por correo	90 días de suministro
Genéricos	\$30 copago
Marca preferida	\$150 copago
Marca no preferida	\$270 copago

¹El miembro pagará la diferencia del precio minorista al elegir una receta de marca cuando haya una genérica disponible (a menos que esté aprobada como medicamento necesaria).

²Debido a los requisitos del estado de Illinois, las farmacias CVS solo están dentro de la red para el plan HMO.

SABER DONDE IR

El lugar donde recibe atención médica puede tener un impacto significativo en el costo. Aquí hay una guía rápida para ayudarlo a saber a dónde ir, según su condición, presupuesto y tiempo.

Tipo	Apropiado para	Ejemplos	Acceso	Costo
Enfermería 	Respuestas rápidas de una enfermera capacitada	<ul style="list-style-type: none"> Identificando los síntomas Decidir si se necesita atención inmediata Consejos y opciones de tratamiento en el hogar 	24/7	\$0
Visita en línea* 	Diversas condiciones de salud que no son de emergencia <small>*MD Live disponible para los Planes Médicos de HSA y PPO</small>	<ul style="list-style-type: none"> Resfriado, gripe, alergias Dolor de cabeza, migraña Condiciones de la piel, erupciones Lesiones leves Inquietudes de salud mental 	24/7	\$
Visita al consultorio 	Atención médica de rutina y gestión general de la salud	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado preventivo Enfermedades, lesiones Manejo de las condiciones existentes 	Horario de consulta	\$\$
Atención de urgencia, clínica ambulatoria 	Condiciones que no ponen en peligro la vida que requieren atención inmediata	<ul style="list-style-type: none"> Puntadas Esguinces Mordeduras de animales Infecciones de oído, nariz y garganta 	Horario de consulta, o hasta 24/7	\$\$\$
Sala de Emergencias 	Condiciones potencialmente mortales que requieren experiencia médica inmediata	<ul style="list-style-type: none"> Sospecha de paro o infarto Roturas óseas importantes Sangrado excesivo Dolor severo Respiración dificultosa 	24/7	\$\$\$\$\$

BENEFICIOS DE LA EVALUACIÓN PREVENTIVA



EXÁMENES TÍPICOS PARA ADULTOS

- Presión arterial
- Colesterol
- Diabetes
- Detección de cáncer colorrectal
- Depresión
- Mamografías
- Exámenes de obstetricia y ginecología
- Detección de cáncer de próstata
- Examen testicular

¿Lleva su vehículo a mantenimiento? ¿Por qué no hacer lo mismo por usted?

Los chequeos preventivos anuales pueden ayudarlo a usted y a su médico a identificar su nivel básico de salud y detectar problemas antes de que se vuelvan graves.

¿Qué es el Cuidado Preventivo?

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) requiere que las aseguradoras de salud cubran un conjunto de servicios preventivos sin costo para usted, incluso si no ha alcanzado su deducible anual. Los servicios de atención preventiva que necesitará para mantenerse saludable varían según la edad, el sexo y el historial médico.

Visite [cdc.gov/prevention](https://www.cdc.gov/prevention) para las pautas recomendadas.

La atención preventiva está cubierta en su totalidad solo cuando se obtiene de un proveedor DENTRO DE LA RED.

No todos los exámenes y pruebas se consideran preventivos

Los exámenes realizados por especialistas generalmente no se consideran preventivos y es posible que no estén cubiertos al 100 por ciento.

Además, ciertos exámenes pueden considerarse diagnósticos, no preventivos, según su condición médica actual. Usted puede ser responsable de pagar la totalidad o una parte del costo de esos servicios.

Si tiene alguna pregunta sobre si un servicio estará cubierto como atención preventiva, comuníquese con su plan médico.

¿RECETAS QUE SUPERAN SU PRESUPUESTO?

De clic para ver video



LOS NIVELES DE MEDICAMENTOS DEL FORMULARIO DETERMINAN SU COSTO

\$	Medicamento genérico
\$\$	Marca preferida
\$\$\$	Marca no preferida

Comprender el formulario puede ahorrarle dinero

Si su médico le receta un medicamento, especialmente para una afección persistente, no olvide consultar el formulario de medicamentos de su plan de salud. Es una herramienta poderosa que puede ayudarlo a tomar decisiones informadas sobre sus opciones de medicamentos e identificar la selección de menor costo.

¿Qué es un formulario?

Un formulario de medicamentos es una lista de medicamentos recetados cubiertos por su plan médico. La mayoría de los formularios de medicamentos recetados separan los medicamentos que cubren en cuatro o cinco categorías de medicamentos, o "niveles". Estos grupos van desde el costo más económico hasta el más costoso para usted. Los medicamentos "preferidos" generalmente le cuestan menos que los medicamentos "no preferidos".

Aproveche al máximo su cobertura

Para aprovechar al máximo su cobertura de medicamentos recetados, tenga en cuenta dónde se encuentran sus recetas dentro de los niveles del formulario de medicamentos de su plan y pídale consejo a su médico. Los medicamentos genéricos suelen ser la opción de menor costo. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) exige que los medicamentos genéricos tengan el mismo rendimiento que los equivalentes de medicamentos de marca.

Para averiguar si un medicamento está en el formulario de su plan, visite el sitio web del plan www.bcbsil.com o llame al número de servicio al cliente que figura en su tarjeta de identificación.



¿Por qué inscribirse en la cobertura dental? Es importante ir al dentista regularmente. El cepillado y el uso de hilo dental son excelentes, pero los exámenes detectan los problemas dentales antes de que se vuelvan más serios, costosos y difíciles de tratar.

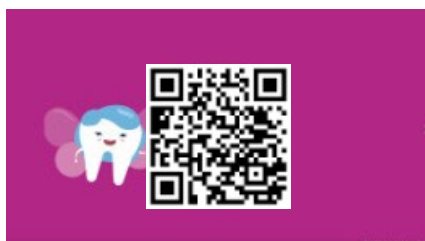
El plan Cigna Dental PPO le brinda la posibilidad de visitar a cualquier dentista de la red Cigna PPO. Una vez que se inscriba en el Plan Dental PPO de Cigna, puede usar myCigna.com para elegir dentistas y crear, descargar e imprimir en persona directamente. Puede verificar los detalles del plan, como la cobertura, imprimir una tarjeta de identificación dental, obtener los formularios que necesita, estimar sus costos dentales antes de su próxima visita ¡y mucho más! Visite myCigna.com hoy para comenzar.

	Cigna Dental PPO	
	En la red	Fuera de la red
Deducible por año calendario (eximido para prevención)		
Individual		
Familiar	\$50 \$150	\$50 \$150
Plan anual máximo	\$2,000	
Diagnóstico y Preventivo	Sin cargo	
Servicios Básicos¹		
Rellenos	Plan paga 80%*	Plan paga 80%*
Canales de la raíz	Plan paga 80%*	Plan paga 80%*
Periodoncia	Plan paga 80%*	Plan paga 80%*
Servicios Mayores	Plan paga 50%*	Plan paga 50%*
Servicios de ortodoncia	No lo cubre	

¹ Anestesia, reparación y mantenimiento de prótesis dentales y las extracciones quirúrgicas están cubiertas como servicios básicos.

* El coseguro indicado está sujeto al deducible del plan.

De clic para ver video





La cobertura oftalmológica ayuda a sufragar el costo de los lentes o lentes de contacto. Pero incluso si no necesita corrección de la vista, un examen ocular anual comprueba la salud de sus ojos y puede incluso detectar problemas de salud más graves como la diabetes, la hipertensión, el colesterol alto y las enfermedades de la tiroides.

El plan de visión de BCBSIL proporciona a los participantes acceso a una amplia red de proveedores de atención oftalmológica. Para localizar un proveedor de la red, visite www.bcbsil.com. Su Plan de Visión de BCBSIL utiliza la red EyeMed

Plan Visión de BCBSIL		
	En la red	Fuera de la red
Examinación		
Beneficio	\$10 copago	Hasta \$30
Frecuencia	1 x cada 12 meses	1 x cada 12 meses
Lentes de uso diario		
Lentes monofocales	\$25 copago	Hasta \$25
Lentes bifocales	\$25 copago	Hasta \$40
Lentes trifocales	\$25 copago	Hasta \$55
Frecuencia	1 x cada 12 meses	1 x cada 12 meses
Marcos		
Beneficio	\$130 subsidio	Hasta \$68
Frecuencia	1 x cada 24 meses	1 x cada 24 meses
Lentes de contacto (electivos)*		
Beneficio	\$130 subsidio	Hasta \$104
Frecuencia	1 x cada 12 meses	1 x cada 12 meses

* Los lentes de contacto reemplazan a los lentes de anteojos y se benefician de los marcos.

De clic para ver video





VIDA E INCAPACIDAD

SU BENEFICIARIO = QUIÉN RECIBE EL PAGO

En el peor de los casos, su beneficiario -la persona (o personas) registradas- recibe el beneficio. Asegúrese de nombrar al menos un beneficiario para la prestación del seguro de vida, y cambie el beneficiario según sea necesario si su situación cambia.

Su familia ¿está protegida?

Los seguros de vida, AD&D e incapacidad pueden cubrir una serie de carencias financieras debidas a una reducción temporal o permanente de los ingresos. Piense en lo que necesitaría su familia para cubrir los gastos cotidianos y las facturas médicas o cómo gestionaría los grandes gastos (alquiler o hipoteca, educación de los hijos, préstamos estudiantiles, deudas de consumo, etc.), tras el fallecimiento de un cónyuge o pareja.

Proporcionamos prestaciones por incapacidad a largo plazo y un importe base de seguro de vida y AD&D para ayudarle a recuperarse de las pérdidas económicas.

Si necesita cobertura adicional

Ofrecemos una cobertura voluntaria que puede adquirir para usted, su cónyuge y sus hijos. Consulte la sección Prestaciones voluntarias para obtener más detalles.

BENEFICIOS OTORGADO POR LA EMPRESA



Seguro de Vida Básico y AD&D

El seguro de vida básico le paga como beneficiario una suma global si usted muere. La cobertura AD&D (muerte y desmembramiento accidental) le proporciona un beneficio si sufre la pérdida de una extremidad, del habla, de la vista o del oído, o a su beneficiario si tiene un accidente fatal. Este beneficio se administra a través de BCBSIL.

Seguro básico de vida y AD&D de BCBSIL

Monto básico de vida	1x su salario anual, hasta \$50,000 Monto mínimo: \$10,000
Monto AD&D básico	1x su salario anual, hasta \$50,000 Monto mínimo: \$10,000
Monto de emisión garantizada	\$50,000

Los beneficios se reducen al 65% a los 65 años, al 40% a los 70 años y al 35% a los 75 años.

Beneficios STD

El Seguro de incapacidad a corto plazo (STD) reemplaza parte de su ingreso para problemas de duración limitada tales como:

- Problemas del embarazo y recuperación del parto
- Enfermedad o lesión prolongada
- Cirugía y tiempo de recuperación

Los pagos de STD pueden reducirse si recibe otros beneficios, como pago por enfermedad, compensación laboral, Seguro Social o discapacidad estatal. Sus beneficios de STD son administrados por BCBSIL.

Plan de Seguro de Incapacidad a Corto Plazo (STD) de BCBSIL

Monto Semanal del Beneficio	\$500
Inicio del Beneficio	14 días después del accidente o enfermedad
Período Máximo de Pago	13 semanas

SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO Y AD&D



Protegiendo a los que dejas atrás

El Seguro de Vida Voluntario y AD&D le permite comprar un seguro de vida adicional para proteger la seguridad financiera de su familia. BOX Partners se complace en ofrecer este beneficio con la nueva incorporación de AD&D . La cobertura está disponible para su cónyuge y/o hijo(s) si compra cobertura para usted. Este beneficio se administra a través del Seguro de BCBSIL.

Seguro de Vida Voluntario de BCBSIL	
Empleado	Hasta \$500,000, sin exceder 5 veces su salario anual
Emisión garantizada	\$200,000
Esposa	Hasta \$250,000, sin exceder 50% del monto del empleado
Emisión garantizada	\$50,000
Hijo/a (s)	
Nacimiento a 6 meses	\$500
6 meses a 26 años	Hasta \$10,000

Los beneficios se reducen al 65% a los 65 años, al 40% a los 70 años y al 35% a los 75 años.

Recibirá automáticamente cobertura AD&D por el mismo monto que su elección de vida voluntaria aprobada.

Emisión garantizada: Si compra cobertura de seguro de vida por encima de cierto límite (el monto de la "emisión garantizada") o después de su período de elegibilidad inicial, deberá presentar Evidencia de asegurabilidad (EOI) con información adicional sobre su salud para que BCBSIL pueda aprobar la cantidad de cobertura solicitada. Hay un monto de Emisión de Garantía (GI) de \$200,000 para empleados y \$50,000 para cónyuges. Se requiere evidencia de asegurabilidad (EOI) para montos superiores a la emisión de garantía hasta el máximo.

SEGURO DE INCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD) VOLUNTARIO



COSAS QUE DEBE SABER SOBRE EL SEGURO LTD

1. Puede protegerlo de tener que gastar sus ahorros para la jubilación.
2. Puede usar los beneficios de LTD como lo necesite, para vivienda, comida, facturas médicas, etc.
3. Los beneficios pueden durar mucho tiempo, desde semanas hasta incluso años, si sigue siendo elegible.

Los beneficios de LTD amortiguan el impacto financiero de una discapacidad

El seguro de Discapacidad a Largo Plazo (LTD) reemplaza parte de sus ingresos para problemas a más largo plazo, tales como:

- Enfermedad debilitante (cáncer, enfermedades del corazón, etc.)
- Lesiones graves (accidente, etc.)
- Ataque al corazón, accidente cerebrovascular
- Desórdenes mentales.

Si reúne los requisitos, los beneficios de LTD comienzan después de que finalicen los beneficios por discapacidad a corto plazo. Los pagos pueden verse reducidos por los beneficios por discapacidad estatales, federales o privados que recibe mientras está discapacitado.

La cobertura está disponible para que la compre usted mismo y se administra a través de BCBSIL.

Plan de Seguro de Incapacidad a Largo Plazo (LTD) de BCBSIL

Beneficio Máximo Mensual	60% de sus ingresos hasta \$5,000
Período de eliminación	90 días o hasta el final del período de beneficio máximo de STD

PLANES VOLUNTARIOS RELACIONADOS CON LA SALUD



CONSIDERACIONES

Su plan de salud ayuda a cubrir el costo de la enfermedad, pero una crisis médica grave o prolongada a menudo implica gastos adicionales y puede afectar su capacidad para llevar a casa un cheque de pago completo. Estos planes le brindan recursos que lo ayudarán a sobrevivir mientras haya tensiones adicionales en sus finanzas.

Seguro de accidentes

El seguro de accidentes de BCBSIL le ayuda a pagar los costos imprevistos que pueden acumularse de lesiones comunes, como fracturas, dislocaciones, quemaduras, visitas de emergencia o de urgencia y terapia física. Si usted o un miembro de su familia con cobertura tiene un accidente, este plan paga un beneficio único, libre de impuestos. La cantidad de dinero depende del tipo y la gravedad de sus lesiones y se puede utilizar de la forma que desee.

Puede ser elegible para un beneficio de \$40 o \$50 si recibe un examen de bienestar cubierto. Los ejemplos incluyen (pero no se limitan a) ciertos análisis de sangre, exámenes de salud generales, mamografías, exámenes dentales, de la vista y ginecológicos de rutina. Esto también incluye la vacunación, las pruebas y los exámenes de detección de COVID-19. A continuación encontrará sus tarifas quincenales tanto para el Plan Bajo como para el Plan Alto.

	Plan Bajo	Plan Alto
Solo empleado	\$4.06	\$6.36
Empleado + Esposa/Pareja Doméstica	\$6.71	\$10.61
Empleado + Hijo/a (s)	\$7.66	\$12.24
Empleado + Familia	\$10.31	\$16.50

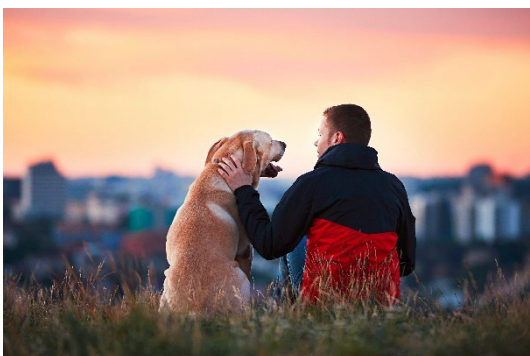
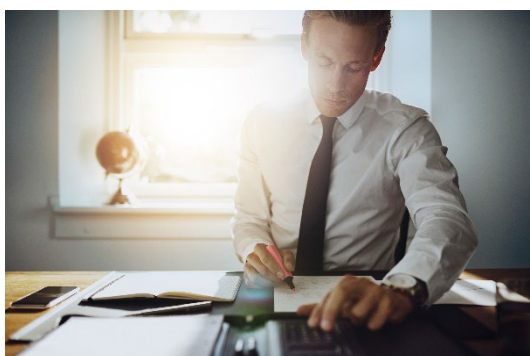
Seguro de enfermedades grave

El seguro de Enfermedades Grave de BCBSIL puede ayudar a rellenar una brecha financiera si experimenta alguna enfermedad seria como cáncer, infartos o derrames. Con el diagnóstico de una enfermedad cubierta, el beneficio de un monto único y libre de impuestos es pagado inmediatamente a usted. Los beneficios pueden ser utilizados para ayudar a cubrir los costos médicos, transporte, cuidado infantil, pérdida de ingresos o los costos asociados a ajustar la vida después de una enfermedad crítica. Usted elige una cantidad de beneficio que se adapte a su nómina. Puede cubrirse usted y a los miembros de su familia de ser necesario.

Puede ser elegible para un beneficio de \$50 si recibe un examen de bienestar cubierto. Los ejemplos incluyen (pero no se limitan a) ciertos análisis de sangre, exámenes de salud generales, mamografías, exámenes dentales, de la vista y ginecológicos de rutina. Esto también incluye la vacunación, las pruebas y los exámenes de detección de COVID-19.

Puede encontrar sus tarifas para este plan en la sección Otros costos de beneficios voluntarios.

PLANES PARA MANTENERLO A USTED Y A SU FAMILIA SEGUROS



INFORMACIÓN DEL CONTACTO

Consulte la sección Contactos del plan de esta guía para obtener información de contacto.

Seguro de robo de identidad

El robo de identidad es muy grave. Las víctimas pueden gastar cientos, incluso miles de dólares y semanas de su propio tiempo, reparando los daños infligidos en su nombre y registros de crédito. Cuanto más tiempo pase el fraude de identidad, más costoso y difícil será resolverlo. Para obtener una prima mensual asequible, el seguro contra robo de identidad de Allstate ayuda a proteger su información personal a través del seguimiento proactivo, la restauración y resolución de la identidad. Puede inscribirse en este programa durante la inscripción abierta.



Robo de Identidad (tarifa quincenal)

Solo empleado	\$4.13
Empleado + Familia	\$7.82

Seguro de Mascota

Pets are members of the family too. Cuando su mascota se enferma, las facturas se pueden acumular más rápido de lo que espera. El seguro de mascotas evita que tenga que cargar su cuenta bancaria con temas relacionados a la salud de su mascota.

La mayoría de los planes ofrecen cobertura por los costos asociados tanto a accidentes como a enfermedades— incluyendo los medicamentos. Pets Best ofrece cobertura para este programa solo para perros y gatos. Puede inscribirse en este programa en cualquier momento durante el año a través de nuestro enlace de inscripción personalizado:

www.petsbest.com/BOXPARTNERS

Tenga en cuenta que las pólizas de seguro para mascotas entran en vigor el día DESPUÉS de la solicitud.





BIENESTAR Y EQUILIBRIO

PLANES PARA AYUDARLO A AHORRAR

- LifeBalance
- Programa de Asistencia al Empleado (EAP)
- Well onTarget

De clic para ver el video



¿Es hora de un chequeo de "bienestar"?

Ignorar su salud financiera y su salud emocional en general puede afectar su calidad de vida hoy y bloquear oportunidades para el futuro. Y preocuparse por asuntos de dinero puede estresarlo, incluso hasta el punto de enfermarse físicamente.

Ofrecemos beneficios y recursos para ayudarlo a aprovechar al máximo su dinero ahora y en el futuro.

LifeBalance le brindará programas exclusivos de descuento para empleados para ayudarlo a ahorrar en una variedad de compras, actividades, entretenimiento, etc.

Su Programa de Asistencia al Empleado (EAP) le permitirá trabajar en su bienestar mental y emocional para garantizar que no solo esté físicamente, sino mentalmente saludable para una vida plena.

Por último, como miembro de BCBSIL, tiene acceso a una amplia variedad de recursos de bienestar para miembros, a través de su portal de bienestar, Well onTarget.

PROGRAMA LIFEBALANCE



“LifeBalance me conecta con eventos, ubicaciones, servicios y aventuras que de otro modo no habría conocido”

-Olivia Ramos, miembro LifeBalance



Salud. Felicidad. Ahorros.

LifeBalance se especializa en ofrecer ahorros donde trabaja, vive y juega. La red de descuentos del programa está en constante crecimiento con nuevas opciones de ahorro locales y regionales, lo que facilita ofrecer descuentos significativos para los empleados. Ofrecen ahorros y beneficios para los empleados en más de 20,000 empresas relacionadas con el ocio, la cultura, el bienestar y los viajes. El enfoque inigualable de LifeBalance garantiza que haya ahorros significativos disponibles en su comunidad.

Haga su LifeBalance con ahorros en:

- **Gimnasios** – Membresías en clubes de salud, yoga, ciclismo, carrera y más
- **Viajes** – Alojamiento, renta de autos, cruceros, paquetes vacacionales y excursiones
- **Atracciones** – Entrada a parques temáticos, parques acuáticos, zoológicos y museos
- **Spa & Relajación** – Masajes, meditación, jardinería y más
- **Entradas de cine**– Entradas a los cines a nivel nacional
- **Entradas para artes escénicas** – Obras de teatro, musicales, espectáculos familiares, sinfonías y más
- **Deportes** – Entradas para eventos deportivos, campamentos deportivos, equipo y clases
- **Comer bien** – Control de peso, entrega de comidas, suplementos y más

Cree una cuenta hoy.

1. Visite boxpartners.lifebalanceprogram.com en cualquier dispositivo.
2. Ingrese su dirección de correo electrónico preferida, luego haga clic en "Comencemos."
3. Ingrese su nombre y apellido, y su código postal. Si se le solicita, seleccione su ciudad de un menú desplegable de ubicaciones.
4. Ingrese una contraseña para su cuenta, configure sus preferencias usando las casillas de verificación y haga clic en "Enviar."

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP)



CONTACTAR EL EAP

Tel.

866.248.4096

Sitio web

Liveandworkwell.com

Código de acceso a la compañía:
BOX



Ayuda para usted y los miembros de su hogar

Hay momentos en que todo el mundo necesita un poco de ayuda o consejo, o asistencia con una preocupación seria.

Sus Servicios de Asistencia al Empleado (EAP) y WorkLife están disponibles para usted sin costo como parte de sus beneficios con BOX Partners. Esto incluye acceso 24/7 a su EAP por teléfono y en línea. Puede llamar para hablar con especialistas en asistencia para empleados con maestría que brindan consultas, defensa de detección de riesgos, referencias y materiales educativos. Su sitio web está disponible en inglés y español.

Tiene acceso a 5 sesiones gratuitas de asesoramiento presencial.



A través de su Optum EAP, también tiene acceso a Talkspace, una alternativa a las sesiones de asesoramiento cara a cara, donde puede obtener terapia en línea con un terapeuta autorizado. Puede comenzar la terapia a las pocas horas de elegir su proveedor de EAP, enviar un mensaje a su proveedor de EAP cuando sea y elegir visitas de video cara a cara en tiempo real con cita previa, cuando sea necesario.

APOYO PARA EL CUIDADO DE ADULTOS Y ANCIANOS

- Duelo/pérdida
- Planificación de jubilación
- Programas de guardería para adultos
- Cuestiones financieras y legales
- Opciones de atención domiciliar o de enfermería

MANUTENCIÓN DE NIÑOS Y FAMILIARES

- Opciones de cuidado de niños
- Recursos de adopción
- Campamentos de día/ verano
- Atención de emergencia/niño enfermo
- Grupos de apoyo para padres/familia

APOYO POR CONDICIONES Y ENFERMEDADES CRÓNICAS

- Servicios de descanso
- Servicios de cuidado
- Tecnología de asistencia
- Recursos de vivienda asequible
- Recursos de comida y transportes

SERVICIOS DE CONVENIENCIA

- Servicios para mascotas
- Necesidades de viaje (negocios y ocio)
- Mantenimiento de reparación de automóviles y viviendas.
- Recomendaciones de compras, restaurantes y recreación

RECURSOS EDUCATIVOS

- Ayuda para encontrar los recursos apropiados para cuidar a un pariente anciano o discapacitado

RECURSOS EN LÍNEA

- Herramientas de autoayuda para mejorar la resiliencia y el bienestar
- Información útil y enlaces a diversos servicios y temas

Well onTarget®



Well onTarget®

Teléfono

877.806.9380

Sitio Web

www.wellontarget.com

A través de BCBSIL, tiene acceso a su portal de bienestar para miembros, Well onTarget®. Well onTarget® le ofrece herramientas para ayudarle a establecer y alcanzar sus objetivos de bienestar. El portal es fácil de usar, por lo que puede encontrar todo lo que necesita rápida y fácilmente.

Programas Financieros

Los programas y herramientas incluyen:

- **Programas de autogestión digital:** Aprenda sobre nutrición, fitness, pérdida de peso, dejar de fumar, controlar el estrés y más.
- **Biblioteca de salud y bienestar:** La biblioteca de salud tiene artículos útiles, podcasts y videos sobre temas de salud que son importantes para usted.
- **Programa Blue PointsSM:** Gana puntos por actividades de bienestar para canjearlos por un regalo para ti o para otra persona.
- **Herramientas y rastreadores:** Estos recursos interactivos le ayudan a mantenerse encaminado y al mismo tiempo hacen que el bienestar sea divertido.
- **Evaluación de salud:** Responda algunas preguntas para conocer más sobre su salud y recibir un informe de bienestar personal.
- **Desafíos Personales:** Únete a un desafío personal para alcanzar tus metas. Hay más de 30 desafíos, así que puedes elegir el que mejor se adapte a tu camino hacia el bienestar. Los temas incluyen estrés, sueño, actividad física y más.

Programas Financieros

Utilice su cuenta Blue Access for MembersSM (BAMSM):

1. Inicie sesión en BAM en www.bcbsil.com/member. Si es la primera vez que inicia sesión, deberá registrar su cuenta. Haga clic en "Crear una cuenta" en la pantalla de inicio de sesión.
2. Una vez en BAM, haga clic en "Mi Salud" y luego en "Bienestar". Haga clic en "Visitar Well on Target" para acceder al portal de Well on Target.

BCBSIL Valores Agregados



A través de BCBSIL, usted tiene acceso a beneficios/valores agregados adicionales como Travel Resource Services™ y Beneficiary Resource Services™.

Servicios de Recursos de Viaje™

Sus Servicios de Recursos de Viaje, a través de Assist America, ofrecen servicios de emergencia e información las 24 horas que pueden ayudarlo a acceder a asistencia de emergencia cuando viaja a 100 millas o más de su hogar.

Cómo Activar Los Servicios

Si viaja a más de 100 millas de su hogar o en un país extranjero y necesita asistencia, comuníquese con el Centro de operaciones 24/7 de Assist America, utilizando su número de referencia de Assist America: 01-AA-TRS-12201

Número de teléfono:

800-872-1414 (Llamada gratuita dentro de EE.UU.)
+1-609-986-1234 (Llamada por cobrar fuera de EE.UU.)

Algunos ejemplos de los beneficios que ofrece a través de su aplicación móvil, Assist America, son:

- Información previa al viaje
- Localizador de embajadas y farmacias de EE. UU.
- Alertas de viaje e indicador de estado de viaje
- Disponible en 7 idiomas

Servicios de Recursos Para Beneficiarios™

Servicios de Recursos para Beneficiarios es un programa que combina el bienestar y la seguridad familiar en momentos difíciles. Los servicios incluyen asesoramiento financiero y de duelo, planificación funeraria, apoyo legal y preparación de testamentos en línea. Está disponible para los asegurados, los beneficiarios y sus familias.

Preparación de Testamento en Línea

Usted y su familia tendrán acceso a una biblioteca legal completa que contiene muchos documentos de planificación patrimonial, incluido un testamento en línea.

Planificación Funeraria en Línea

También tiene acceso a un sitio de planificación de funerales en línea que proporciona herramientas e información útiles, como una guía de planificación de funerales descargable, calculadoras para estimar y comparar gastos de arreglos funerarios, información sobre requisitos funerarios y diversas costumbres religiosas, directorios para ubicar funerarias y cementerios en su área, y más.



INFORMACIÓN IMPORTANTE DEL PLAN

En esta sección, encontrará información importante del plan, que incluye:

- Sus contribuciones a los beneficios médicos, dentales y de la vista para el año del plan 2025
- Información de contacto de nuestros proveedores y vendedores de beneficios
- Un resumen de los avisos del plan de salud que tiene derecho a recibir anualmente y dónde encontrarlos
- Un glosario de beneficios para ayudarlo a comprender los términos importantes del seguro.

SUS COSTOS DE BENEFICIOS

El monto total que paga por su cobertura de beneficios depende de los planes que elija, cuántos dependientes cubre y, para la cobertura médica, cuánto gana. Sus costos de atención médica se deducen de su salario antes de impuestos, antes de que se calculen los impuestos federales, estatales y del seguro social, por lo que paga menos impuestos. Los siguientes montos de contribución son quincenales (26 periodos de pago en el año calendario).

MÉDICO

	Plan Médico HSA	Plan Médico PPO	Plan HMO
Solo empleado	\$45.18	\$82.26	\$75.91
Empleado + Esposa/Pareja Doméstica	\$454.96	\$617.32	\$575.91
Empleado + Hijo/a (s)	\$407.36	\$553.70	\$554.63
Empleado + Familia	\$655.30	\$891.10	\$892.59

DENTAL

Plan Dental PPO	Su costo por periodo de pago
Solo empleado	\$18.68
Empleado + Esposa/Pareja Doméstica	\$36.72
Empleado + Hijo/a (s)	\$32.78
Empleado + Familia	\$50.83

VISIÓN

Plan de Visión	Su costo por periodo de pago
Solo empleado	\$3.13
Empleado + Esposa/Pareja Doméstica	\$5.95
Empleado + Hijo/a (s)	\$6.27
Empleado + Familia	\$9.21

Cobertura de Pareja de Hecho Impuestos e Ingresos Imputados

A menos que su pareja de hecho sea su dependiente fiscal según lo define el IRS, las contribuciones para la cobertura de pareja de hecho deben hacerse después de impuestos. De manera similar, la contribución de la empresa para la cobertura de su pareja de hecho y sus dependientes se declarará como ingreso imponible (o ingreso imputado) en su W-2. Comuníquese con su asesor fiscal para obtener más detalles sobre cómo se aplica este tratamiento fiscal en su caso.

COSTOS DEL SEGURO DE VIDA Y AD&D VOLUNTARIO

Si elige la cobertura voluntaria, la tasa de su prima mensual se calcula según su edad y el monto de la cobertura. Use las tablas a continuación para estimar el monto de la prima que se deducirá de su cheque de pago.

SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO Y AD&D – TASA MENSUAL POR \$1,000 DE COBERTURA		
EDAD	EMPLEADO	ESPOSA
<20-24	\$0.108	\$0.108
25-29	\$0.089	\$0.089
30-34	\$0.102	\$0.102
35-39	\$0.118	\$0.118
40-44	\$0.157	\$0.157
45-49	\$0.253	\$0.253
50-54	\$0.406	\$0.406
55-59	\$0.620	\$0.620
60-64	\$1.192	\$1.192
65-69	\$1.300	\$1.300
70+	\$4.382	La cobertura de la esposa termina a los 70

CALCULE EL COSTO DE SU SEGURO DE VIDA POR PERIODO DE PAGO

1. Cobertura deseada (Incrementos de \$1,000)

Usted:	Esposa:
--------	---------

2. Divida Paso 1 por 1,000 =

Usted:	Esposa:
--------	---------

3. Multiplique Paso 2 por Tasa de Tabla =

Usted:	Esposa:
--------	---------

4. Multiplique Paso 4 por 12 (meses) y divida por 26 (periodos de pago) =

Usted:	Esposa:
--------	---------

5. Agregue usted + esposa del paso 4:

COSTO TOTAL POR CHEQUE DE PAGO:

Las tarifas se basan en la edad del empleado y del cónyuge en su fecha de entrada en vigor (para nuevas contrataciones) y luego el 1 de enero de cada año posterior.

OTROS COSTOS DE BENEFICIOS VOLUNTARIOS

TASA <u>MENSUAL</u> ENFERMEDADES CRÍTICAS			
EDAD	\$10,000	\$20,000	\$30,000
Under 29	\$6.48	\$12.96	\$19.44
30-34	\$6.93	\$13.86	\$20.79
35-39	\$8.19	\$16.38	\$24.57
40-44	\$10.45	\$20.90	\$31.35
45-49	\$13.88	\$27.76	\$41.64
50-54	\$18.48	\$36.96	\$55.44
55-59	\$24.61	\$49.22	\$73.83
60-64	\$30.67	\$61.34	\$92.01
65-69	\$36.53	\$73.06	\$109.59
70-74	\$44.74	\$89.48	\$134.22
75-79	\$59.37	\$118.74	\$178.11
80+	\$80.21	\$160.42	\$240.63
Hijo(a)*	\$3.90	\$7.80	\$11.70

* Al empleado solo se le cobra por un niño como máximo.

TASA MENSUAL POR INCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD) POR \$100 DE NÓMINA MENSUAL CUBIERTA
 Su nómina mensual cubierta es su beneficio mensual dividido por 60%. Ejemplo: Si su beneficio mensual es de \$2000, su nómina cubierta sería de \$3333 (2000/0,60).

EDAD	COSTO
Under 25	\$0.107
25-29	\$0.138
30-34	\$0.263
35-39	\$0.411
40-44	\$0.614
45-49	\$0.827
50-54	\$1.146
55-59	\$1.215
60-64	\$1.282
65-69	\$1.333
70+	\$1.366

CONTACTOS DEL PLAN

Proveedor	Plan	Número telefónico	Sitio Web
Plan Médico			
BCBSIL	HMO HSA PPO	800.810.2583	www.bcbsil.com
Plan Dental			
Cigna	Dental PPO	800.244.6224	www.myCigna.com
Plan de Visión			
BCBSIL	Plan de Visión	800.810.2583	www.bcbsil.com
Seguro de Vida y AD&D			
BCBSIL	Vida Básica y AD&D Vida Voluntario y AD&D	800.810.2583	www.bcbsil.com
Beneficios Adicionales			
BCBSIL	Accidente y Enfermedad Crítica	800.810.2583	www.bcbsil.com
AllState	Robo de Identidad	800.789.2720	https://myaip.com/signin
LifeBalance	Programa de Descuentos		Boxpartners.lifebalanceprogram.com
Optum	Asistencia al Empleado (EAP)	866.248.4096	Liveandworkwell.com Código de Acceso: BOX
Pets Best	Seguro de Mascotas	888.984.8700	www.petsbest.com/BOXPARTNERS Código de descuento: BOXPARTNERS

GLOSARIO

-A-

Seguro AD&D

Un plan de seguro que paga una prestación a usted o a su beneficiario si sufre la pérdida de un miembro, del habla, de la vista o del oído, o si tiene un accidente mortal.

Monto permitido

La cantidad máxima que su plan pagará por un servicio sanitario cubierto.

Centro de Cirugía Ambulatoria (CCA)

Un centro de atención médica que se especializa en procedimientos quirúrgicos en el mismo día, como cataratas, colonoscopias, endoscopia gastrointestinal superior, cirugía ortopédica, etc. Endoscopia, cirugía ortopédica, etc.

Límite anual

Un tope en los beneficios que su plan pagará en un año. Pueden establecerse límites para determinados servicios, como las recetas o las hospitalizaciones. Los límites anuales pueden establecerse sobre el importe en dólares de los servicios cubiertos o sobre el número de visitas que se cubrirán para un servicio concreto. Una vez alcanzado el límite anual, deberá pagar todos los costos de atención médica asociados durante el resto del año del plan.

-B-

Facturación de saldos

Los proveedores de la red no pueden facturar más de lo permitido por el plan, pero los proveedores de fuera de la red sí. Esto se denomina facturación de saldos. Por ejemplo, si la tarifa del proveedor es de 100 dólares, pero el cargo permitido por el plan es de sólo 70 dólares, un proveedor fuera de la red puede facturarle a USTED la diferencia de 30 dólares (el saldo).

Nota: A partir del 1 de enero de 2022, la "Ley sin sorpresas" ofrece protección contra la facturación por sorpresa de servicios de emergencia, servicios de ambulancia aérea y determinados servicios prestados por un proveedor no participante en un centro participante. En el caso de estos servicios, el costo para el afiliado suele limitarse a lo que se habría cobrado si se hubiera recibido dentro de la red, dejando cualquier saldo a liquidar entre la aseguradora y el proveedor fuera de la red. Consulte los documentos de su plan de salud para conocer los detalles.

Beneficiario

La persona (o personas) que usted nombra para que reciba una prestación en caso de que usted fallezca.

Los beneficiarios se solicitan para los planes de vida, muerte accidental y desmembramiento (AD&D) y de jubilación. Debe nombrar a su beneficiario por adelantado.

Medicamento de marca

Un medicamento que se vende con su nombre de marca. Por ejemplo, Lipitor es la marca de un medicamento común para el colesterol.

-C-

COBRA

Una ley federal que puede permitirle continuar temporalmente con la cobertura de asistencia sanitaria después de que finalice su empleo, en función de ciertos eventos que reúnen los requisitos. Si elige la cobertura COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria), pagará el 100% de las primas, incluida la parte que pagaba su empresa, más una pequeña tasa administrativa.

Reclamación

Una solicitud de pago que usted o su proveedor de atención médica presenta a su plan de salud después de recibir servicios que pueden estar cubiertos.

Coaseguro

Su parte del costo de una visita o servicio de atención médica. El coaseguro se expresa en forma de porcentaje y siempre suma el 100%. Por ejemplo, si el plan paga el 70%, su responsabilidad de coaseguro es el 30% del costo. Si su plan tiene un deducible, usted paga el 100% del costo hasta que alcance el monto de su deducible.

Copago

Tarifa fija que usted paga por algunos servicios sanitarios, por ejemplo, la visita a la consulta del médico. Usted paga el copago (a veces denominado copago) en el momento en que recibe la atención. En la mayoría de los casos, los copagos no cuentan para el deducible.

-D-

Deducible

La cantidad de gastos de salud que tiene que pagar con su propio dinero antes de que su plan de salud pague. El deducible no se aplica a la atención preventiva ni a otros servicios determinados.

La cobertura familiar puede tener un deducible **agregado o integrado**. El agregado significa que su familia debe alcanzar la totalidad de la franquicia familiar antes de que se cubran los gastos individuales. Deducible integrado significa que el plan comienza a realizar pagos para un miembro individual tan pronto como alcance su deducible individual.

Servicios dentales básicos

Servicios como amalgamas, extracciones de rutina y algunos procedimientos de cirugía oral.

Diagnóstico y Prevención Dental

Generalmente incluye limpiezas de rutina, exámenes orales, radiografías y tratamientos con flúor.

La mayoría de los planes limitan los exámenes preventivos y las limpiezas a dos veces al año.

Servicios dentales mayores

Trabajos dentales complejos o de restauración, como coronas, puentes, prótesis dentales, incrustaciones y cubiertas.

Cuenta de gastos flexibles (FSA) para personas dependientes

Un acuerdo a través de su empleador que le permite pagar los gastos de cuidado de niños y ancianos elegibles con dólares libres de impuestos. Los gastos elegibles incluyen guardería, programas antes y después de la escuela, preescolar y campamento de verano para niños menores de 13 años.

También se incluye el cuidado de un cónyuge u otra persona dependiente que viva con usted y sea físicamente incapaz de cuidar de sí mismo.

-E-

Gasto admisible

Un servicio o producto que está cubierto por su plan. Su plan no cubrirá ningún costo si el gasto no es admisible.

Servicio excluido

Un servicio que su plan de salud no paga ni cubre.

-F-

Formulario

Una lista de medicamentos recetados cubiertos por su plan médico o plan de medicamentos recetados. También se llama lista de medicamentos.

-G-

Medicamento genérico

Un medicamento que tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca, pero que se vende con un nombre diferente. Por ejemplo, Atorvastatina es el nombre genérico de los medicamentos con la misma fórmula que Lipitor.

Exento

Un plan médico que está exento de ciertas disposiciones de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA).

-H-

Cuenta de Reembolso de Salud (HRA)

Una cuenta financiada por un empleador que reembolsa a los empleados, libre de impuestos, por gastos médicos calificados hasta una cantidad máxima por año. A veces llamado Acuerdos de Reembolso de Salud.

Cuenta de gastos flexibles (FSA) para la salud

Una cuenta de salud a través de su empleador que le permite pagar diversos gastos médicos de su bolsillo con dólares libres de impuestos. Los gastos elegibles incluyen copagos y deducibles del seguro, medicamentos recetados calificados, insulina y dispositivos médicos, y algunos artículos de venta libre.

GLOSARIO

Plan de salud con deducible alto (HDHP)

Un plan médico con un deducible más alto que un plan de seguro tradicional. La prima mensual suele ser más baja, pero usted paga más costos de atención médica (el deducible) antes de que la compañía de seguros comience a pagar su parte. Un plan con deducible alto (HDHP) puede hacerlo elegible para una cuenta de ahorros para la salud (HSA) que le permite pagar ciertos gastos médicos con dinero libre de impuestos federales.

-I-

En la Red

Los proveedores y servicios dentro de la red tienen un contrato con su plan de atención médica y, por lo general, serán la opción de menor costo. Consulte el sitio web de su plan para encontrar médicos, hospitales, laboratorios y farmacias. Los servicios fuera de la red costarán más o es posible que no estén cubiertos.

-L-

Seguro de Vida

Un plan de seguro que le paga a su beneficiario una suma global si usted muere.

Seguro de Incapacidad a Largo Plazo

Seguro que reemplaza una parte de sus ingresos si no puede trabajar debido a una enfermedad debilitante, lesión grave o trastorno mental. La discapacidad a largo plazo generalmente comienza después de un período de espera de 90 días.

-M-

Orden por Correo

Una característica de un plan médico o de medicamentos recetados en el que los medicamentos que toma habitualmente se pueden enviar por correo en un suministro de 90 días.

-O-

Inscripción Abierta

La época del año en la que puede cambiar los planes de beneficios en los que está inscrito y los dependientes que cubre. La inscripción abierta se lleva a cabo una vez al año. Fuera de la inscripción abierta, solo puede hacer cambios si tiene ciertos eventos en su vida, como casarse o agregar un nuevo bebé o niño a la familia.

Fuera de la Red

Los proveedores fuera de la red (médicos, hospitales, laboratorios, etc.) le cuestan más porque no tienen contrato con su plan y no están obligados a limitar sus tarifas máximas. Algunos planes, como los HMO y los EPO, no cubren en absoluto los servicios fuera de la red.

Costo de Desembolso Personal

Un gasto de atención médica que usted es responsable de pagar con su propio dinero, ya sea de su cuenta bancaria, tarjeta de crédito o de una cuenta de salud como una HSA, FSA o HRA.

Límite de Desembolso Personal

Lo protege de grandes facturas médicas. Una vez que los costos "de los límites de desembolso personal" alcanzan esta cantidad, el plan paga el 100 % de la mayoría de los gastos elegibles restantes durante el resto del año del plan.

La cobertura familiar puede tener un máximo agregado o integrado. Agregado significa que su familia debe alcanzar el límite de desembolso personal de toda la familia antes de que el plan pague el 100 % por cualquier miembro. Integrado significa que el plan cubrirá el 100 % para un miembro individual tan pronto como alcance su máximo individual.

Atención Ambulatoria

Atención de un hospital que no requiere que pase la noche.

-P-

Farmacias Participantes

Una farmacia que tiene un contrato con su plan médico o de medicamentos y que, por lo general, resultará en el costo más bajo para los medicamentos recetados.

Año del Plan

Un período de 12 meses de cobertura de beneficios. El período de 12 meses puede o no ser el mismo que el año calendario.

Medicamento Preferido

Cada plan de salud tiene una lista de medicamentos preferidos que incluye medicamentos recetados con base en una evaluación de efectividad y costo. Otro nombre para esta lista es "formulario". El plan puede cobrar más por medicamentos no preferidos o por medicamentos de marca que tienen versiones genéricas. Los medicamentos que no están en la lista de medicamentos preferidos pueden no estar cubiertos.

Servicios de Atención Preventiva

Visitas de atención médica de rutina que pueden incluir exámenes de detección, pruebas, chequeos, inmunizaciones y asesoramiento del paciente para prevenir enfermedades, dolencias u otros problemas de salud. Muchos servicios de atención preventiva están totalmente cubiertos. Consulte con su plan de salud por adelantado si tiene preguntas sobre si un servicio preventivo está cubierto.

Médico de Atención Primaria (PCP)

El médico principal al que consulta por cuestiones de salud. Algunos planes médicos requieren que los miembros nombren a un médico específico como su PCP y requieren que ese proveedor indique o apruebe la atención y las derivaciones.

-S-

Seguro de Incapacidad a Corto Plazo

Seguro que reemplaza una parte de sus ingresos si no puede trabajar temporalmente debido a una cirugía y tiempo de recuperación, una enfermedad o lesión prolongada, o problemas de embarazo y recuperación del parto.

-T-

Telemedicina / Teledoc

Una visita virtual a un médico mediante chat de video en una computadora, tableta o teléfono inteligente. Las visitas de telemedicina se pueden usar para muchas enfermedades y lesiones comunes y no graves y están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Muchos planes de salud y grupos médicos brindan servicios de telemedicina sin costo o por mucho menos que una visita al consultorio.

-U-

UCR (Usual, Habitual y Razonable)

El monto pagado por un servicio médico en un área geográfica basado en lo que los proveedores en el área suelen cobrar por el mismo servicio médico o uno similar. El monto de la UCR a veces se usa para determinar el monto permitido.

Atención de Urgencia

Atención para una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para necesitar atención inmediata, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias. El tratamiento en un centro de atención de urgencia generalmente cuesta mucho menos que una visita a la sala de emergencias.

-V-

Vacunaciones

Tratamiento para prevenir enfermedades comunes como gripe, neumonía, sarampión, poliomielitis, meningitis, culebrilla y otras enfermedades. También llamadas inmunizaciones.

Beneficios Voluntarios

Un plan de beneficios opcional ofrecido por su empleador por el cual usted paga la prima completa, generalmente a través de una deducción de nómina.

INFORMACIÓN IMPORTANTE DEL PLAN

AVISOS DEL PLAN DE SALUD

Estos avisos deben proporcionarse a los participantes del plan anualmente y están disponibles en el documento Avisos anuales, que se encuentra en su sistema de administración de beneficios, Paycom.

- **Aviso sobre la Parte D de Medicare:** Describe las opciones para acceder a la cobertura de medicamentos recetados para personas elegibles para Medicare
- **Ley de derechos de las mujeres sobre la salud y el cáncer:** Describe los beneficios disponibles para las mujeres que se someterán o se han sometido a una mastectomía
- **Aviso de la HIPAA sobre los derechos de inscripción especial:** Describe cuándo puede inscribirse usted mismo y/o a sus dependientes en la cobertura de salud fuera de la inscripción abierta
- **Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA:** Describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud
- **Aviso de elección de proveedores:** Le notifica que su plan requiere que nombre un médico de atención primaria (PCP) o le permite seleccionar uno
- **Ley Michelle:** Describe el derecho a extender la cobertura médica de los dependientes durante las licencias estudiantiles
- **Ayuda a las primas de Medicaid y del Programa de Seguro Médico para Niños(CHIP):** Describe la disponibilidad de asistencia con la prima para los dependientes elegibles para Medicaid.

CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA

Usted y/o sus dependientes pueden tener derecho a continuar con la cobertura después de perder la elegibilidad según los términos de nuestro plan de salud. Al momento de la inscripción, usted y sus dependientes reciben un Aviso inicial de COBRA que describe las circunstancias bajo las cuales la cobertura continua está disponible y sus obligaciones de notificar al plan cuando usted o sus dependientes experimenten un evento calificador. Lea este aviso detenidamente para asegurarse de que comprende sus derechos y obligaciones.

