

Cobertura	Plan MEC (cobertura preventive solamente)	Plan de Indemnidad Fijo	Ambos: MEC + Plan de Indemnidad Fijo	Plan Médico Principal (utiliza la red Anthem Blue Cross- Select) <i>(inscripción para este plan disponible solo por medio del depto de beneficios de Kimco)</i>
Hay deducible anual?	No	No	No	Si, \$5,900 por persona inscrita
¿Hay máximo que pagará anualmente con esta cobertura?	No	No	No	\$6,350 para empleado/\$12,700 para los otros niveles de cobertura. Montos mensuales, costo de medicina, o de cargos miscelaneos no están incluidos en esta cantidad.
Servicios Preventivos y Exámenes	Si	Si	Si	Si
Visitas Médicas	No	Si, hasta 6 visitas/año	Si, hasta 6 visitas/año	Visita al doctor primario \$35 Visita al especialista \$70
Hospitalización	No	Si, \$200/día	Si, \$200/día	Deducible, luego 30%
Recetas Médicas	No	Si	Si	Si
Teladoc (citas por teléfono/video)	No	Si	Si	Si
Debe utilizar doctor y hospitales en la red proveedora?	Si	Si	Si	Si
¿Período de espera antes de que comience la cobertura?	No. La cobertura entra en vigencia el viernes de su primera deducción de pago			Si. Efectivo el primer día del mes siguiente a 59 días de empleo
Notas Especiales	La cobertura es semanal (comienza el viernes y finaliza el jueves siguiente). La primera deducción puede tomar hasta 2 periodos de pago.			Pagará el 8.39 % de su salario Kimco contribuirá con el resto de la prima para la cobertura exclusiva de empleados. Usted es el único responsable del costo de cobertura para sus dependientes
Costo Semanal (Deducido antes de impuestos de su cheque cada semana)	Empleado= \$15.48 Empleado + Cónyuge = \$21.25 Empleado + Hijo(s) = \$23.56 Familia = \$32.33	Empleado= \$17.83 Empleado + Cónyuge = \$40.65 Empleado + Hijo(s) = \$30.08 Familia = \$43.64	Empleado= \$33.31 Empleado + Cónyuge = \$61.90 Empleado + Hijo(s) = \$53.64 Familia = \$75.97	Empleado= \$507/mes Empleado + Cónyuge = \$1,109/mes Empleado + Hijo(s) = \$909/mes Familia = \$1,565/mes
<p>** Los beneficios no se pueden cancelar después de 30 días de la inscripción. Si tiene un evento de vida que califica: (por ejemplo: matrimonio, divorcio, muerte, nacimiento de un hijo, pérdida de seguro en otro lugar o pérdida de empleo), solo tendrá 30 días a partir de la fecha del evento calificado para inscribirse/cancelar la cobertura y se requerirá documentación. Los resúmenes completos del plan están disponibles en el Centro de servicios para empleados de la empresa.</p>				

Beneficios voluntarios adicionales y Costo Semanal

<p>Dental: Máximo de \$500 por año calendario. Deducible de \$20 por visita. Es posible que se apliquen períodos de espera para el tratamiento básico y mayor.</p>	<table> <tr> <td>Empleado= \$4.75</td> <td>Empleado + Hijo(s) = \$8.55</td> </tr> <tr> <td>Empleado + Cónyuge = \$11.80</td> <td>Familia = \$12.83</td> </tr> </table>	Empleado= \$4.75	Empleado + Hijo(s) = \$8.55	Empleado + Cónyuge = \$11.80	Familia = \$12.83
Empleado= \$4.75	Empleado + Hijo(s) = \$8.55				
Empleado + Cónyuge = \$11.80	Familia = \$12.83				
<p>Visión: \$10 de deducible por examen, \$25 deducible por lentes o marcos para anteojos. Examen/lentes cada 12 meses, Monturas cada 24 meses</p>	<table> <tr> <td>Empleado= \$15.48</td> <td>Empleado + Hijo(s) = \$23.56</td> </tr> <tr> <td>Empleado + Cónyuge = \$21.25</td> <td>Familia = \$32.33</td> </tr> </table>	Empleado= \$15.48	Empleado + Hijo(s) = \$23.56	Empleado + Cónyuge = \$21.25	Familia = \$32.33
Empleado= \$15.48	Empleado + Hijo(s) = \$23.56				
Empleado + Cónyuge = \$21.25	Familia = \$32.33				
<p>Discapacidad a corto plazo: Paga hasta \$125 por semana con un máximo de 26 semanas. Período de espera de 14 días</p>	<p>Empleado= \$15.48 No hay cobertura para otros niveles</p>				
<p>Seguro de Vida: Cobertura de empleado = \$20,000 Cobertura para cónyuge = \$2,500 Cobertura para niños (de 6 meses a 26 años) = \$1,250 Bebé (de 10 días a 6 meses) = \$200</p>	<table> <tr> <td>Empleado= \$2.25</td> <td>Empleado + Hijo(s) = \$2.53</td> </tr> <tr> <td>Empleado + Cónyuge = \$2.53</td> <td>Familia = \$2.88</td> </tr> </table>	Empleado= \$2.25	Empleado + Hijo(s) = \$2.53	Empleado + Cónyuge = \$2.53	Familia = \$2.88
Empleado= \$2.25	Empleado + Hijo(s) = \$2.53				
Empleado + Cónyuge = \$2.53	Familia = \$2.88				

**** Los beneficios no se pueden cancelar después de 30 días de la inscripción. Si tiene un evento de vida que califica: (por ejemplo: matrimonio, divorcio, muerte, nacimiento de un hijo, pérdida de seguro en otro lugar o pérdida de empleo), solo tendrá 30 días a partir de la fecha del evento calificado para inscribirse/cancelar la cobertura y se requerirá documentación. Los resúmenes completos del plan están disponibles en el Centro de servicios para empleados de la empresa.**



**The American
Worker®**

Provided by Fringe Benefit Group



Guía para la inscripción de beneficios (2024)

ASOCIADOS DE CALIFORNIA

Kimco



MediQuest



Advantex



RESUMEN Y REQUISITOS

Kimco/Advantex/MediQuest valora las aportaciones de nuestros empleados y como muestra de nuestro agradecimiento por su dedicado servicio, nos complace ofrecerle el programa The American Worker. Lea cuidadosamente esta guía de inscripción para entender los beneficios que se brindan y poder tomar las decisiones correctas para usted y su familia.

Las tarjetas de identificación solo se emiten para los planes médicos, no se emitirán tarjetas de identificación para servicios dentales o de la vista.

Información de cobertura

PLAN DE COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA (MEC)

- Cobertura del 100% cuando se utilizan proveedores dentro de la red para servicios de atención preventiva y bienestar requeridos por ACA
- Red Nacional PPO - Ahorre en servicios médicos y hospitalarios de proveedores de la red
- Herramienta de comparación de precios médicos: calcule los costos de los servicios antes de programarlos

BENEFICIOS DE INDEMNIZACIÓN FIJA (CUOTA-POR-SERVICIO)

- Visitas al consultorio médico, radiografías y análisis, hospitalizaciones y más cubiertos desde el primer dólar.
- Características clave: sin deducibles, copagos, limitaciones para enfermedades preexistentes ni periodos de carencia
- Descuentos en prescripciones médicas con el programa AWP Value Rx
- Red Nacional PPO - Ahorre en servicios médicos y hospitalarios de proveedores de la red
- Telesalud - Acceso 24/7 a los médicos por teléfono, web o aplicación móvil de forma gratuita

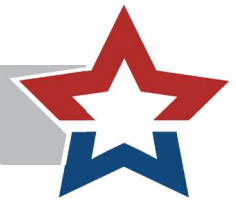
OPCIONES DE COBERTURA INDEPENDIENTES

- Prestaciones dentales
- Cobertura para la vista
- Discapacidad a corto plazo
- Póliza de Seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D en inglés)

PLAN MÉDICO INTEGRAL

- Provee cobertura después de alcanzar el deducible de \$5,900 por miembro inscrito. El máximo costo por año es de \$6,350 por cobertura individual y \$12,700 para empleado más hijo(s)
- Brinda acceso a la red nacional de la organización de prestadores preferidos (HMO, por sus siglas en inglés) Anthem Blue Cross, lo que puede reducir sus gastos de desembolso personal.
- El costo es igual al 8.39% de todos los salarios semanales hasta el máximo de aranceles mensuales.

Cambios en la cobertura de COVID-19: el gobierno federal anunció que la emergencia de salud pública por COVID-19 finalizó el 11 de mayo de 2023. Visite el sitio web de The American Worker para obtener detalles sobre cómo esto puede afectar su plan. (<https://www.theamericanworker.com/updates-regarding-the-end-of-covid-19-health-emergencies/>)



El plan de Cobertura Esencial Mínima (MEC) cumple con el requisito establecido por la Ley de Atención Asequible (ACA, por sus siglas en inglés) y cubre al 100% una multitud de servicios preventivos y exámenes de detección habituales. Para que los servicios estén cubiertos TIENE que visitar a un proveedor de First Health Network. Los servicios de proveedores fuera de la red NO están cubiertos. Para encontrar un proveedor visite:

www.FirstHealthLBP.com. Más información sobre First Health Network está disponible en la página 5.

Los servicios más populares

- Pruebas de colesterol
- Vacunas contra la gripe
- Exámenes ginecológicos anuales
- Anticonceptivos
- Mamografías
- Exámenes de cáncer de colon
- Inmunizaciones pediátricas
- Revisiones pediátricas

Tarifas semanales

Empleado	\$15.48
Empleado + cónyuge	\$21.25
Empleado + niños	\$23.56
Familia	\$32.33

Resumen de los servicios adicionales

ADULTOS

Exámenes de: aneurisma de aorta abdominal, abuso de alcohol, presión arterial, colesterol, cáncer colorrectal, depresión, diabetes (tipo 2), hepatitis B, hepatitis C, VIH, cáncer de pulmón, obesidad, sífilis, consumo de tabaco, tuberculosis.

Inmunizaciones: difteria, hepatitis A, hepatitis B, herpes zoster, VPH, influenza (vacuna contra la gripe), rubeola, meningococo, paperas, tos ferina, neumococo, rubeola, tétano, varicela.

MUJERES, INCLUYE A EMBARAZADAS O AQUELLAS QUE PUEDAN QUEDARSE EMBARAZADAS

Exámenes de: anemia, mamografía para el cáncer de mama, cáncer cervical, clamidia, diabetes, violencia doméstica e interpersonal, diabetes gestacional, gonorrea, hepatitis B, VIH, VPH, depresión materna, osteoporosis, preeclampsia, incompatibilidad RH, sífilis, consumo de tabaco, incontinencia urinaria, infección del tracto urinario

Asesorías: quimio prevención del cáncer de mama, análisis genético para el cáncer de mama (BRCA en inglés), lactancia materna, anticoncepción, violencia doméstica e interpersonal, VIH, infecciones transmitidas sexualmente.

NIÑOS

Exámenes de: autismo, concentración de bilirrubina, sangre, presión arterial, displasia cervical, depresión, desarrollo, dislipidemia, audición, hematocritos o hemoglobina, hemoglobinopatías o células falciformes, hepatitis B, VIH, hipotiroidismo, plomo, obesidad, fenilcetonuria (PKU en inglés), infecciones transmitidas sexualmente, tuberculina, vista

Inmunizaciones: difteria, Haemophilus influenzae (Hib), hepatitis A, hepatitis B, VPH, inactivada contra la poliomielitis, influenza (vacuna contra la gripe), rubeola, meningococo, tos ferina, neumococo, rotavirus, tétano, varicela.

HERRAMIENTA DE COMPARACIÓN DE PRECIOS MÉDICOS: HEALTHCARE BLUEBOOK

Busque procedimientos médicos en centros de su área dentro de la red para encontrar el mejor precio y obtener un costo estimado de gastos de bolsillo (out-of-pocket). Es fácil encontrar ahorros de cientos o miles de dólares con una simple búsqueda antes de programar la atención. Acceda a la herramienta de comparación de precios médicos en www.theamericanworker.com o llame al (855) 495-1190.

La herramienta de comparación de precios médicos no garantiza que las estimaciones de costos sean el precio que se le cobra o paga por los servicios.

Tenga en cuenta que el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. actualiza periódicamente estas listas y establece los requisitos tales como la edad, el sexo o las condiciones de salud necesarias para que los servicios estén cubiertos. Para una lista actual que incluya todos los requisitos, visite: www.healthcare.gov/preventive-care-benefits/.

IMPORTANTE: Tarifas de visitas al consultorio Su médico puede brindarle un servicio preventivo, como una prueba de detección de colesterol, como parte de una visita al consultorio. Tenga en cuenta que es posible que deba pagar algunos costos por la visita al consultorio, si el servicio preventivo no es el objetivo principal de la visita, o si su médico le factura por los servicios preventivos por separado de la visita al consultorio.

INDEMNIZACIÓN FIJA



El plan de indemnización fija (cuota-por-servicio) de The American Worker pone a su alcance cobertura asequible con pagos fijos para determinados servicios. El plan ofrece cobertura para servicios básicos de salud y descuentos en medicamentos con receta.

El plan de indemnización fija está asegurado por Nationwide Life Insurance Company. El plan incluye AWP Value Rx, la red First Health y Teladoc, que se proporcionan a través de otros proveedores de seguros. Todas las prestaciones son pagadas por año natural por persona a menos que se indique lo contrario.

Servicios	Estándar
Consultorio médico	\$90 por día; 6 días por año
Laboratorio de diagnóstico ambulatorio	\$75 por día de pruebas; 3 días por año
Radiografías de diagnóstico ambulatorio	\$100 por día de pruebas; 3 días por año
Cuidado de lesión accidental	hasta \$500 por evento
Enfermedad sala de emergencias	\$150 por día; 2 días por año
Cirugía	
-hospitalaria	\$500 por día, 1 día por año
-ambulatoria	\$250 por día
-ambulatoria menor	\$50 por día
-beneficio máximo ambulatorio	1 día por año
Anestesia	30% de beneficio quirúrgico
Hospitalización	N/C
Indemnización diaria para hospital	\$200 por día; 500 días como máximo de por vida
Unidad de cuidados intensivos	\$400 por día; 30 días por año
Abuso de sustancias	\$100 por día; 30 días por año
Salud mental	\$100 por día; 30 días por año
Enfermería especializada	\$100 por día; 60 días por estancia
*AWP Value Rx	Niveles de \$10, \$20, \$50
*Red de First Health	Médico y hospital
*Teladoc	acceso gratuito a médicos por teléfono o en línea
Tarifas semanales	
Empleado	\$17.83
Empleado + cónyuge	\$40.65
Empleado + niños	\$30.08
Familia	\$43.64

* Servicios no suscritos por Nationwide Life Insurance Company.

Los Planes de indemnización fijos no están disponibles para los residentes de NH, NM y VT.

El Plan de Indemnización Fija (a) no es un sustituto de la cobertura mínima de salud esencial según la Ley de Affordable Care Act (ACA); y (b) no califica como cobertura esencial mínima bajo la ACA.



AWP Value Rx* - Proporcionado por Phoenix Benefits Management

El programa AWP Value Rx está diseñado para proveerle ahorros sustanciales en los costos de sus medicamentos con receta. Este plan le ayudará a identificar asequibles medicamentos genéricos y de marca por clase terapéutica.

- Ciertos medicamentos genéricos y de marca disponibles por \$10, \$20, \$50 o menos
- Medicamentos genéricos y de marca a precio de descuento por convenio
- Más de 56,000 farmacias en todo el país participan en el programa
- Sin máximo anual para beneficios, deducibles o formularios de reclamo
- Para ver precios de medicamentos o ubicar una farmacia, visite www.AWPValueRx.com

***AWP Value Rx es un programa de descuento no asociado a un seguro.**

Red de First Health

Los miembros tienen acceso a la red de First Health, brindándole ahorros en servicios médicos y hospitalarios. Al visitar un proveedor de First Health puede reducir los costos de su bolsillo.

- Más de 490,000 consultorios de proveedores a lo largo del país
- Los proveedores mandan el reclamo de pago por usted para un proceso más simple
- Visite www.FirstHealthLBP.com para encontrar un proveedor en línea.

Puede visitar un proveedor de First Health o de fuera de la red y el plan de indemnización fija cubrirá la misma cantidad de beneficio. La red First Health está incluida en los planes de MEC y de indemnización fija.

Teladoc

Teladoc proporciona acceso a la carta 24 horas los 7 días de la semana a una red de médicos colegiados con la conveniencia de visitas por teléfono, video o aplicación telefónica. Los médicos de Teladoc pueden diagnosticar, tartar y recetar medicamentos cuando sea necesario para una variedad de problemas médicos. Acceso conveniente a cuidados médicos de calidad dónde y cuándo lo necesite.

- Reciba cuidados médicos desde cualquier sitio sin tener que perder tiempo libre de su trabajo
- Tratamiento rápido – devuelta de llamada en un tiempo medio de solo 10 minutos.
- Ahorre dinero al evitar costosos cuidados urgentes o visitas a la sala de emergencias para problemas que no constituyen una emergencia médica

REGÍSTRESE EN LÍNEA

- Vaya a www.Teladoc.com
- Seleccione **Get Started Now** en la página principal de Teladoc
- Haga clic en **Get Started** bajo la sección **New To Teladoc?** en la siguiente página
- Introduzca la información requerida, confirme su elegibilidad y seleccione **Continue**

Teladoc ubicará su membresía bajo The American Worker, seleccione Continue para verificar y luego acabe de crear su nombre de usuario, contraseña y las preguntas de seguridad. **1-800-835-2362** disponible las 24 al día los 365 días del año. Consultas sin costo.

Herramienta de comparación de precios médicos: Healthcare Bluebook (SOLO DISPONIBLE EN PLAN MEC)

Busque procedimientos médicos en centros de su área dentro de la red para encontrar el mejor precio y obtener un costo estimado de gastos de bolsillo (out-of-pocket). Es fácil encontrar ahorros de cientos o miles de dólares con una simple búsqueda antes de programar la atención. Acceda a la herramienta de comparación de precios médicos en www.theamericanworker.com o llame al **(855) 495-1190**. **La herramienta de comparación de precios médicos no garantiza que las estimaciones de costos sean el precio que se le cobra o paga por los servicios.**

OPCIONES DE COBERTURA INDEPENDIENTES



Dental- No recibirá tarjetas de cobertura

Mantenga una sonrisa sana y radiante respaldando su bienestar general con una cobertura dental asequible.

Máximo en un año natural	Hasta \$500 por miembro cubierto	
Deducible	\$20 por visita	
Servicios cubiertos	Período de espera	Coseguro
Preventivos y de diagnóstico Exámenes rutinarios, limpiezas, radiografías, etc.	Ninguno	Cubierto al 100% (MAC)*
Tratamiento básico Amalgamas y composites restaurativos, endodoncias, periodoncias, extracciones, etc.	3 meses	Cubierto al 60% (MAC)*
Tratamiento mayor Onlays, coronas, prostodoncia, etc.	12 meses	Cubierto al 50% (MAC)*

*Cargo máximo permitido (MAC, por sus siglas en inglés): Las tasas más bajas se logran, en parte, al limitar lo que se paga por procedimiento en reclamos fuera de la red a la misma cantidad que los dentistas de la red han acordado cobrar.

Tarifas semanales

Empleado	\$4.75
Empleado + cónyuge	\$11.80
Empleado + niños	\$8.55
Familia	\$12.83

UBIQUE PROVEEDORES DE LA RED

Llame al (800) 659-2223

- Select option 3

Visite www.Ameritas.com

- Seleccione "FIND A HEALTH PROVIDER"
- Seleccione "DENTAL"
- Seleccione "NETWORK PROVIDER"
- Ingresa tu ubicación
- Seleccione "CLASSIC PPO" network.

Visión-No recibirá tarjetas de cobertura

Hacerse exámenes de vista de forma habitual no solo le ayudará a ver mejor, sino que también le puede ayudar a detectar las primeras señales de problemas de salud serios. Visite un proveedor VSP Choice para obtener mayor beneficio del plan.

Deducible	Examen \$10, lentes o monturas ¹ \$25	
Servicios cubiertos	Dentro de la red VSP	Fuera de la red
Examen de vista anual	cubierto en su totalidad	hasta \$45
Lentes (por par) Monofocales / Bifocales/ Lenticulares	cubierto en su totalidad cubierto en su totalidad	hasta \$30 / hasta \$50 hasta \$65 / hasta \$100
Lentes de contacto Examen de ajuste y evaluación Electivos Por razones médicas	15% de descuento hasta \$105 cubierto en su totalidad	no se cubre hasta \$105 hasta \$210
Monturas	\$105 ²	hasta \$70
Frecuencia Examen/Lentes/Monturas	basado en fecha de servicio 12 meses / 12 meses / 24 meses	

¹El deducible corresponde a un par de lentes o montura completo, dependiendo del que seleccione.
²La prestación para Costco el equivalente al precio al por mayor.

Tarifas semanales

Empleado	\$2.02
Empleado + cónyuge	\$4.00
Empleado + niños	\$3.72
Familia	\$5.70

UBIQUE PROVEEDORES DE LA RED

Llame al (800) 877-7195

Visite www.Ameritas.com

- Seleccione "FIND A HEALTH PROVIDER"
- En la sección "Find a Vision Provider" sección, haga clic en la flecha hacia abajo de VSP.
- Seleccione "FIND VSP PROVIDERS"



Discapacidad a corto plazo

La vida diaria depende de ingresos consistentes. Los accidentes y las enfermedades graves pueden mantenerlo fuera del trabajo. Este plan puede ayudarle a cubrir sus gastos pagándole efectivo si se enferma o se lesiona y no puede trabajar.

Prestación semanal máxima	El plan paga una suma total de \$125	Tarifas semanales	
Período máximo de prestación	26 semanas	Empleado	\$3.50
Período de carencia	14 días (accidentes y enfermedades)		
Por ciento del salario semanal	50% (no incluye bonificaciones y horas extras)		

La cobertura incluye discapacidad debido a embarazo o parto.

Seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

La pérdida de un ser querido es un evento traumático. Es algo que también puede crear incertidumbre financiera. Este plan puede ayudarle a aliviar la carga económica y a proteger el futuro de aquellos que dependen más de usted.

Seguro de vida y AD&D		Tarifas semanales	
Empleado	El plan paga \$20,000	Empleado	\$2.25
Solo seguro de vida		Empleado + cónyuge	\$2.53
Cónyuge	El plan paga \$2,500	Empleado + niños	\$2.53
Niños (de 6 meses a 26 años)	El plan paga \$1,250	Familia	\$2.88
Infantil (10 días a 6 meses)	El plan paga \$200		

PLAN MÉDICO MAYOR

Kimco Staffing Services ofrece a los empleados un plan médico mayor a través de Anthem Blue Cross. El plan médico principal y las tarifas que pagará por el plan se enumeran en los cuadros a continuación. Para obtener detalles completos sobre el Plan médico principal, comuníquese con Kimco Staffing Services para obtener el Resumen de Cobertura de Beneficios. **Para inscribirse en el plan médico principal, comuníquese con el Departamento de beneficios de Kimco Staffing Services al (949) 331-1155.**

Beneficios	Solo en la red
Plan máximos	
Deducible del año calendario - por miembro	\$5,900
Copago máximo anual - Individual / Familiar	\$6,350 / \$12,700
Coseguro	El plan paga 70%; Tu pagas 30%
Servicios y copagos	
Servicios de Cuidado Preventivo	Cubierto en 100%
Atención primaria	\$35 de copago
Visita a la oficina del especialista	\$70 de copago
Laboratorio y rayos X de diagnóstico	Sin copago
Imágenes avanzadas	30% coseguro
Terapia de Imagen de rehabilitación	\$35 de copago
Cuidado de urgencia	\$35 de copago - renunciado si es admitido
Sala de emergencias	\$250 por visita, deducible luego 30%
Servicios médicos ambulatorios	Deducible luego 30%
Inpatient Medical Services	Deducible luego 30%
Skilled Nursing Facility	Deducible luego 30%
Ambulance Services	\$100 por viaje
Ambulatory Surgical Center	Deducible luego 30%
Prenatal and Postnatal Physician Visits	\$35 de copago
Complications of pregnancy or abortions	Sin copago
Childbirth / Delivery Facility Services	30% coseguro
Tasas mensuales máximas	
Empleado	\$507.00
Empleado + cónyuge	\$1,109.00
Empleado + niños	\$909.00
Familia	\$1,565.00

Cual es mi costo?

De acuerdo con las pautas del ACA, un plan se considera asequible si no paga más del 8.39% de sus ingresos semanales para la cobertura de Empleado solamente para empleados. Kimco Staffing Services utiliza estas pautas para determinar el monto que pagará Para empleado solamente. Si su costo es menor que la tarifa para empleados solamente (\$507.00 mensuales), Kimco Staffing Services contribuye con la diferencia entre el monto que paga y el costo total. Si inscribe a sus dependientes elegibles, usted es responsable del costo adicional de la cobertura.

CALCULE SU COSTO

El costo semanal de la cobertura Solo para empleados equivale al 8.39% de su salario por hora multiplicado por la cantidad total de horas trabajadas, incluidas las horas extras. Se incluyó un ejemplo y un cuadro de cálculo de costos para ayudarlo a determinar su costo para la cobertura Solo para Empleados.

Ejemplo de cálculo de costos:

$$\frac{\$16.00}{\text{Horas Trabajadas}} \times \frac{30}{\text{\# de horas trabajadas}} \times 0.0839 = \frac{\$40.27}{\text{Costo Semanal}}$$

En este ejemplo, usted paga \$40.27 semanalmente, hasta la prima completa y Kimco Staffing Services contribuye con el resto del Prima mensual de \$507.00 para la cobertura de Empleado único.

Tabla de cálculo de costos:

Multiplique su salario por hora por el número de horas que trabaja y luego por 8.39% por su costo semanal.

$$\frac{\text{Horas Trabajadas}}{\text{Horas Trabajadas}} \times \frac{30}{\text{\# de horas trabajadas}} \times 0.0839 = \frac{\text{Costo Semanal}}{\text{Costo Semanal}}$$



Introducción

El derecho a la continuación de cobertura por COBRA fue creado bajo la legislación federal con la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (ley COBRA, por sus siglas en inglés). La continuación de cobertura por COBRA está a su disposición y a la de su familia si pierden la cobertura de salud grupal y no tiene acceso a ninguna otra. Para más información sobre sus derechos y obligaciones bajo el plan y la ley federal, revise el Resumen y descripción del plan que se le mandará por correo una vez se haya adscrito al plan.

¿Qué es la continuación de cobertura por COBRA?

La continuación de cobertura por COBRA es la continuación de la cobertura de su plan cuando perdería todo tipo de cobertura debido a un acontecimiento en su vida contemplado como «evento calificado». A continuación, se listan eventos calificados específicos. La continuación de cobertura por COBRA ha de ofrecerse a cada persona que sea considerada un «beneficiario calificado» tras experimentar un evento elegible. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían cumplir los requisitos como beneficiarios si pierden cobertura bajo su plan debido a uno de los eventos descritos a continuación. Bajo el plan, aquellos beneficiarios calificados que elijan la continuación de cobertura por COBRA deben abonar el precio de la continuación.

Si usted es un empleado, cumpliría los requisitos como beneficiario si perdiese cobertura debido a alguno de los siguientes eventos calificados:

- su empleo cesa por un motivo distinto a la conducta inapropiada grave por su propia parte

Si usted es el cónyuge o el compañero doméstico del mismo sexo de un empleado, cumpliría los requisitos como beneficiario si perdiese cobertura bajo el plan debido a alguno de los siguientes eventos calificados:

- su cónyuge o compañero doméstico del mismo sexo fallece
- las horas de empleo de su cónyuge o compañero doméstico del mismo sexo se ven reducidas
- el empleo de su cónyuge o compañero doméstico del mismo sexo cesa por un motivo que no se deba a la conducta inapropiada grave por parte de este
- su cónyuge o compañero doméstico del mismo sexo pasa a ser elegible para beneficios de Medicare (Partes A, B, o ambas)
- se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge o compañero doméstico del mismo sexo

Los hijos dependientes cumplirían los requisitos como beneficiarios si perdiesen cobertura bajo el plan debido a alguno de los siguientes eventos calificados:

- el padre/madre/empleado fallece
- las horas de trabajo del padre/madre/empleado se ven reducidas
- el empleo del padre/madre/empleado cesa por cualquier motivo que no se deba a la conducta inapropiada grave por parte de este
- el padre/madre/empleado pasa a ser elegible para beneficios de Medicare (Partes A, B, o ambas)
- los padres se divorcian o se separan legalmente
- el hijo deja de cumplir los requisitos de cobertura estipulados bajo el plan para un "hijo dependiente"

¿Cuándo está disponible la cobertura por COBRA?

El plan ofrecerá la continuación de cobertura por COBRA a aquellos beneficiarios calificados únicamente cuando el Administrador del Plan haya sido notificado de que un evento calificado haya ocurrido.

Cuando el evento calificado sea: cese de empleo, reducción de horas de empleo, defunción del empleado, inicio de un procedimiento de quiebra con respecto al empleador o si el empleado pasa a ser elegible para beneficios de Medicare (bajo partes A, B, o ambas), el empleado está obligado a notificar al administrador del plan sobre el evento ocurrido.

Page Por Sus Beneficios

Su cobertura continuará sin interrupción mientras el costo de la prima continúe siendo deducida de su cheque de pago. Si recibe un cheque sin la deducción de prima, sus beneficios serán suspendidos. La cobertura permanecerá suspendida hasta que usted reciba su siguiente cheque de pago con deducción de prima, a menos que usted haga el pago de prima por la deducción faltante. Para evitar que su cobertura sea suspendida, usted debe hacer un pago por la prima faltante cada vez que una deducción no sea procesada en su cheque de pago.

Pagos de Prima Atrasada

Usted tiene 30 días desde la fecha de su cheque de pago sin deducción para hacer el pago de la prima faltante. Si usted no paga la prima faltante dentro de esos 30 días, no podrá pagar por ese periodo de cobertura más adelante.

Usted puede pagar por sus primas faltantes en línea, por medio del teléfono o por correo. Las opciones de pago incluyen cheque electrónico, tarjeta de crédito/débito, cheque o giro postal. También puede autorizar un pago automatizado para cada ocasión en que la prima no sea deducida de su cheque de pago, pero usted es responsable de comunicarse con The American Worker para cancelar su pago automatizado una vez que su empleo haya terminado. Si no lo hace, su pago será procesado para el pago de la cobertura y no recibirá un reembolso.

Divulgación de información

Consulte la póliza de seguro oficial y los documentos del plan para obtener más información sobre su planes de beneficios. En caso de conflicto entre esta guía y los documentos oficiales del plan, los documentos del plan, registrará la póliza y el certificado de cobertura.

Nationwide: los residentes de New Hampshire y Vermont no son elegibles para ninguno de los programas de beneficios que ofrece The American Worker.

Nationwide y Nationwide N y Eagle son marcas de servicio de Nationwide Mutual Insurance Company.

La cobertura está respaldada por Nationwide Life Insurance Company, Columbus, Ohio (CA COA #7032). El Plan de Indemnización Fija aplicable al formulario de póliza SRCP 2000 o equivalente estatal. Seguro de Vida con AD&D aplicable a póliza modelo GLIF AO L20 o equivalente estatal.

Nationwide y Nationwide N y Eagle son marcas de servicio de Nationwide Mutual Insurance Company. NSM-0301AO (23/06).

Cobertura esencial mínima (MEC): este plan está diseñado para brindarle a sus participantes una cobertura esencial mínima conforme a las normas federales de impuestos sobre la renta. Mientras esté inscrito en este plan, no será elegible para un crédito fiscal federal a través del mercado de intercambio federal o estatal (a veces denominado mercado de seguros). Si no se inscribe en este plan, puede ser elegible para un crédito fiscal federal que reduzca su prima mensual. Si no se inscribe en este plan, puede recibir una reducción en ciertos costos compartidos al inscribirse en un plan de seguro de salud a través del mercado de intercambio federal o estatal. Tenga en cuenta que este plan NO constituye una cobertura esencial mínima conforme los requisitos de cobertura de salud individuales en MA.

Indemnización fija: este programa no está diseñado ni recomendado para reemplazar un programa integral de seguro en el que usted participe actualmente o en el que tiene la intención de participar en un futuro. Este plan no está diseñado para reemplazar o proporcionar cobertura médica importante o catastrófica. Esta guía sirve únicamente con propósitos de resumen. Las prestaciones del plan de compensación fija son ofrecidas por Nationwide Life Insurance Company. Se proporcionará información adicional al inscribirse en el programa. **Los residentes de Massachusetts** son elegibles para el plan de indemnización fija, sin embargo, este plan NO constituye una cobertura esencial mínima de acuerdo a los requisitos estatales. **El plan de compensación fija (a) no sustituye un plan de cobertura esencial mínima bajo la Ley del Cuidado de Salud Asequible (ACA, en inglés) y (b) no se considera cobertura esencial mínima bajo ACA.**

Exención de responsabilidad sección 125: Por la presente, elijo participar en el American Worker Plan para los beneficios que están disponibles bajo la Sección 79, 105, 106, 125 del Código de Impuestos Internos y las enmiendas para dichas secciones. Entiendo que el plan automáticamente convertirá cualquier deducción de nómina elegible, que se proporciona a través del plan, a un estado no gravado (antes de impuestos). Entiendo que, al participar en este plan, mis beneficios de Seguro Social pueden verse reducidos, ya que estas primas se deducirán antes de que mi salario sea gravado. Esta elección permanecerá vigente durante todo el año del plan. Mi elección NO PUEDE cambiarse durante el periodo de vigencia del plan, de acuerdo con las pautas del Servicio de Impuestos Internos, a menos que un evento calificado ocurra. Los eventos calificados incluyen: matrimonio, divorcio, separación legal, muerte del cónyuge, nacimiento o adopción legal de un hijo, muerte de un hijo o cambio de empleo conyugal que afecte la cobertura del seguro. Al inscribirse acepta los términos detallados anteriormente.

Teladoc: © Teladoc Health, Inc. Todos los derechos reservados. Teladoc y el logotipo de Teladoc son marcas comerciales de Teladoc Health, Inc. y no se pueden utilizar sin autorización por escrito. Teladoc no reemplaza al médico de atención primaria. Teladoc no garantiza que se escribirá una receta. Teladoc opera sujeto a la regulación estatal y puede no estar disponible en ciertos estados. Teladoc no receta sustancias controladas por la DEA, medicamentos no terapéuticos y ciertos otros medicamentos que pueden ser dañinos debido a su potencial de abuso. Los médicos de HealthiestYou se reservan el derecho de negar la atención por un posible mal uso de los servicios.

GUÍA PARA LA INSCRIPCIÓN DE BENEFICIOS



**The American
Worker®**

Provided by Fringe Benefit Group

THEAMERICANWORKER.COM / 1(866)866-3424

Copyright © 2024 The American Worker proporcionado por Fringe Benefit Group.