



PLASCORE, INC.

**GUÍA DE  
BENEFICIOS PARA  
EMPLEADOS 2024**

**20  
24**





---

## Guía de beneficios **Contenido**

---

<b>RESUMEN DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS</b>	<u>4</u>
<b>INFORMACIÓN DE CONTACTO</b>	<u>5</u>
<b>PLAN MÉDICO Y DE MEDICAMENTOS RECETADOS</b>	<u>6</u>
<b>CONTRIBUCIONES QUINCENALES DE LOS EMPLEADOS PARA 2024</b>	<u>6</u>
<b>RESUMEN DEL PLAN MÉDICO 2024</b>	<u>7</u>
<b>CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD</b>	<u>8</u>
<b>TELEMEDICINA – APLICACIÓN SPECTRUM HEALTH</b>	<u>9</u>
<b>ELEGIBILIDAD DE LOS DEPENDIENTES Y CAMBIOS A MITAD DE AÑO</b>	<u>10</u>
<b>DENTAL</b>	<u>11</u>
<b>VISTA</b>	<u>12</u>
<b>CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)</b>	<u>13</u>
<b>SOLUCIONES TÉCNICAS DE LA APLICACIÓN MÓVIL FSA</b>	<u>14</u>
<b>VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&amp;D)</b>	<u>15</u>
<b>BENEFICIOS VOLUNTARIOS – EAP</b>	<u>16</u>
<b>BENEFICIO POR INCAPACIDAD – A CORTO Y LARGO PLAZO</b>	<u>17</u>
<b>401(K)</b>	<u>18</u>
<b>OTROS BENEFICIOS</b>	<u>19</u>
<b>TERMINOLOGÍA DE BENEFICIOS</b>	<u>20</u>
<b>AVISOS LEGALES</b>	<u>32</u>

# RESUMEN DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS

## ¿Quién es elegible?

Los empleados de tiempo completo (que trabajan 30 horas por semana) con Plascore son elegibles para la mayoría de los beneficios en la fecha de contratación.

Plascore tiene un período de inscripción abierta anual para que los empleados agreguen o realicen cambios en sus elecciones de beneficios de seguro. Si no se realizan cambios durante la inscripción abierta, deberá ocurrir un evento calificado para ser elegible para agregar o cambiar las elecciones de beneficios en cualquier otro momento durante el año del plan.

## Cómo inscribirse/volver a inscribirse para los beneficios de 2024

Si no realiza ningún cambio en sus planes de salud, dental o de la vista, Paycom trasladará automáticamente sus opciones de planes de 2023 a 2024. Si está agregando o cambiando un plan de salud, dental o de la vista, debe iniciar sesión en Paycom y hacer sus elecciones. **Si se está inscribiendo en una cuenta de gastos flexibles (FSA), DEBE iniciar sesión y elegir su contribución. Las elecciones de la FSA se deben hacer cada año.**

La inscripción se cerrará el **19 de noviembre**, y sus opciones quedarán bloqueadas durante todo el año 2024, a menos que tenga un evento calificado. No daremos seguimiento a los empleados; es su responsabilidad elegir.

## Eventos de vida calificados

Los eventos de vida calificados incluyen: matrimonio, divorcio, separación legal, nacimiento o adopción de un niño, cambio en el estado de dependiente del niño, muerte del cónyuge, niño u otro dependiente calificado, cambio de residencia debido a una transferencia de empleo del Empleado, terminación de los trámites de adopción o cambio en los beneficios del cónyuge o la situación laboral.

Los empleados que elijan coberturas debido a un evento de vida calificado deben hacerlo en los 31 días naturales posteriores al evento.

## **Nuestros empleados son nuestro activo más valioso.**

Es por eso que en Plascore, estamos comprometidos con un programa integral de beneficios que ayuda a nuestros empleados a mantenerse saludables, sentirse seguros y mantener un equilibrio entre el trabajo y la vida personal.

### **SENTIRSE SEGURO**

- Seguro de incapacidad
- Vida y muerte accidental y desmembramiento
- Programa de asistencia
- 401(k)

### **MANTENERSE SALUDABLE**

- Atención médica, de telemedicina, dental y de la vista
- Cuentas de ahorro para la salud y gastos flexibles

### **CONCILIACIÓN DE LA VIDA LABORAL Y PERSONAL**

- Vacaciones
- Días festivos
- Reembolso de matrículas
- Servicio de jurado
- Licencia por funeral



**¿Tiene preguntas? Contacto:**

Emily Babson

616-748-2209

# INFORMACIÓN DE CONTACTO

Para obtener información general, comuníquese con Recursos Humanos.

## Plan médico y de medicamentos recetados

Priority Health 800-942-0954 [www.priorityhealth.com](http://www.priorityhealth.com)

## Cuentas de ahorros para la salud (HSA)

Mercantile Bank 616-406-3700 <http://www.mercbank.com/hsa>  
Correo electrónico: [HSASupport@mercbank.com](mailto:HSASupport@mercbank.com)

## Telemedicina

Spectrum Health (Empleados de MI) 844-322-7374 Aplicación: Spectrum Health  
MD Live (Fuera de Michigan) 800-400-6354 Aplicación: MD Live

## Dental

Delta Dental 800-524-0149 [www.deltadentalmi.com](http://www.deltadentalmi.com)

## Vista

VSP 800-877-7195 [www.vsp.com](http://www.vsp.com)

## Cuentas de gastos flexibles (FSA)

WEX 866-451-3399 [Correo electrónico: customerservice@wexhealth.com](mailto:customerservice@wexhealth.com)  
[Enviar formularios: forms@wexhealth.com](mailto:forms@wexhealth.com)

## Vida, AD&D, vida voluntaria, incapacidad a corto plazo y a largo plazo

Mutual Of Omaha 800-775-8805 [www.mutualofomaha.com](http://www.mutualofomaha.com)

## Programa de Asistencia al Empleado

Pine Rest EAP (formalmente, EAC) 800-227-0905 [eaccare.com](http://eaccare.com)  
800-442-0809 [www.pinerest.org](http://www.pinerest.org)

## Discapacidad

Mutual Of Omaha 800-316-2796 [www.mutualofomaha.com](http://www.mutualofomaha.com)

## Plan 401(k)

Principal 800-547-7754 [www.principal.com](http://www.principal.com)

## Beneficios adicionales

## Terminología de beneficios y avisos legales



# PLAN MÉDICO Y DE MEDICAMENTOS RECETADOS

**Elegibilidad:** Los empleados que trabajan 30 horas a la semana son elegibles en la fecha de contratación. Si no elige la cobertura cuando es elegible por primera vez, puede inscribirse con un evento calificado o durante el período de inscripción abierta.

**Recargo conyugal:** Si su cónyuge tiene cobertura calificada disponible de su empleador, se aplicará un recargo de \$50 por período de pago a su prima.

**Médico virtual:** Necesita hablar con un médico pero no es un buen momento, o no se siente bien pero no necesita ir a la sala de emergencias. Aproveche una visita virtual al médico con Spectrum Health, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame al **844-322-7374** o inicie sesión en su cuenta de MyHealth en [www.priorityhealth.com](http://www.priorityhealth.com) y seleccione el recuadro Virtual Care. También hay una aplicación móvil disponible, solo busque Spectrum Health.

Fuera de Michigan, MDLive puede ayudarle. Puede descargar la aplicación o llamar al 800-400-6354 para obtener atención médica, de salud mental y de abuso de sustancias.

**Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP):** Con un HDHP, los deducibles deben cumplirse antes de que el plan comience a pagar (excepto para la atención preventiva, que se paga al 100%). Los costos de coseguro y copago se contabilizan en los montos pagados de su propio bolsillo. El HDHP tiene deducibles agregados y máximos de su propio bolsillo (OOP). Si tiene un plan familiar, el deducible familiar general debe alcanzarse antes de que el plan comience a pagar.

**Medicamentos recetados antes del deducible:** Ciertos medicamentos que cumplen con los criterios para ser "preventivos" según lo determina el IRS pueden estar cubiertos antes de satisfacer su deducible de HDHP. Se aplicarían los copagos correspondientes descritos en su cobertura de medicamentos recetados. En su deducible de HDHP, no se considerará ninguno de los copagos que haga por estos medicamentos "preventivos".

Plascore proporciona una contribución a la [HSA para los empleados en el HDHP \(consultar la página 8\)](#). Las contribuciones equivalentes de Plascore se realizan quincenalmente. Los empleados se inscriben automáticamente en el HDHP, a menos que usted opte por no recibir cobertura.

**Planes tradicionales (HMO y PPO):** Estos planes tienen deducibles integrados y montos pagados de su propio bolsillo. Lo que significa para los montos familiares que un miembro no excederá el deducible individual o los gastos del propio bolsillo, como se indica en el resumen de beneficios en la [página 7](#).

Los copagos, el coseguro y el costo de los medicamentos recetados se contabilizan en los montos pagados de su propio bolsillo.

## Cómo encontrar un proveedor dentro de la red:

- Para encontrar o verificar si su proveedor está en la red, llame al **800.942.0954**.
- Para buscar en línea, acceda a [Priorityhealth.prismisp.com](http://Priorityhealth.prismisp.com).
- O visite [www.priorityhealth.com](http://www.priorityhealth.com) y haga clic en "Find a Doctor" (Buscar un médico), elija un plan médico, ingrese el código postal y el radio de búsqueda, y luego seleccione sus criterios de búsqueda.



## CONTRIBUCIONES QUINCENALES DE LOS EMPLEADOS PARA 2024

A los empleados que consumen tabaco se les aplica un recargo por tabaco de \$30/período de pago. Si el cónyuge tiene cobertura disponible a través de su empleador, se aplica un recargo conyugal de \$50/período de pago.

Salario	Individual			Doble			Familia		
	<\$55,000	\$55,000 a \$89,000	Más de \$90,000	<\$55,000	\$55,000 a \$89,000	Más de \$90,000	<\$55,000	\$55,000 a \$89,000	Más de \$90,000
<b>HMO</b>	\$35.17	41.87	\$50.24	\$84.40	\$100.48	\$120.58	\$105.50	\$125.60	\$150.72
<b>PPO</b>	\$39.29	\$54.26	\$65.48	\$94.30	\$130.22	\$157.16	\$117.87	\$162.78	\$196.45
<b>HDHP</b>	\$1.32	\$6.61	\$13.21	\$3.17	\$15.86	\$31.71	\$3.96	\$19.82	\$39.64

# PLANES MÉDICOS DE PRIORITY HEALTH 2024

Beneficios	HMO		PPO		HDHP	
	En la red	En la red	Fuera de la red	En la red	Fuera de la red	
<b>Deducible</b>	\$500 individual \$1,000 familiar	\$1,000 individual \$2,000 familiar	\$2,000 individual \$4,000 familiar	\$3,000 individual \$6,000 familiar	\$5,000 individual \$10,000 familiar	
<b>Coseguro</b>	20 %	20 %	40 %	20 %	40 %	
<b>Coseguro de su propio bolsillo</b>	\$6,000 individual \$12,000 familiar	\$2,500 individual \$5,000 familiar	\$5,000 individual \$10,000 familiar	\$5,000 individual \$10,000 familiar	\$8,000 individual \$16,000 familiar	
<b>Máximo de su propio bolsillo</b>	\$7,350 individual \$14,700 familiar	\$7,350 individual \$14,700 familiar	\$14,700 individual \$29,400 familiar	\$5,000 individual \$10,000 familiar	\$8,000 individual \$16,000 familiar	
<b>Visita virtual</b>	Copago de \$0	100 % cubierto	Deducible - Coseguro	Deducible - Coseguro	Deducible - Coseguro	
<b>Visita al consultorio - Atención primaria</b>	Copago de \$30	Copago de \$30	Deducible - Coseguro	Deducible - Coseguro	Deducible - Coseguro	
<b>Visita al consultorio - Especialista</b>	Copago de \$45	Copago de \$45	Deducible - Coseguro	Deducible - Coseguro	Deducible - Coseguro	
<b>Atención urgente</b>	Copago de \$60	Copago de \$75	Deducible - Coseguro	Deducible - Coseguro	Deducible - Coseguro	
<b>Servicios de emergencia</b>	Copago de \$150 después del deducible	Copago de \$150 después del deducible	Copago de \$150 después del deducible	Deducible - Coseguro	Deducible - Coseguro	
<b>Atención preventiva:</b> Examen físico de rutina, cuidado preventivo del niño, mamografía de rutina, prueba pélvica y de Papanicolaou de rutina, prueba de PSA, colonoscopia	100 % cubierto	100 % cubierto	Deducible - Coseguro	100 % cubierto	Deducible - Coseguro	

## Beneficio de medicamentos recetados

	HMO	PPO	HDHP
<b>Formulario:</b>	Tradicional	Tradicional	Tradicional
<b>Nivel 1:</b>	<b>Copago de \$10</b>	<b>Copago de \$10</b>	<b>Copago de \$10 después del deducible</b>
<b>Nivel 2:</b>	<b>Copago de \$30</b>	<b>Copago de \$30</b>	<b>Copago de \$20 después del deducible</b>
<b>Nivel 3:</b>	<b>Copago de \$60</b>	<b>Copago de \$60</b>	<b>Copago de \$40 después del deducible</b>
<b>Nivel 4:</b>	<b>Copago de \$30</b>	<b>Copago de \$30</b>	<b>Copago de \$20 después del deducible</b>
<b>Nivel 5:</b>	<b>Copago de \$60</b>	<b>Copago de \$60</b>	<b>Copago de \$40 después del deducible</b>

El pedido por correo proporciona un suministro de 3 meses por el doble de los copagos enumerados anteriormente para los **niveles 1 a 3**. Visite [priorityhealth.com](http://priorityhealth.com) y busque "Approved Drug List" (Lista de medicamentos aprobados) para ver una lista de los medicamentos cubiertos.

# PRIORITY HEALTH: PROGRAMAS DE APOYO A SU SALUD



Livongo es un programa gratuito de Priority Health que ofrece un control simplificado de la diabetes. Si califica, recibirá un glucómetro avanzado y todas las tiras reactivas que necesite, y todo pagado por Plascare. También recibirá:

- consejos personalizados con cada control de azúcar en la sangre
- ayuda en tiempo real cuando esté fuera de rango
- reposición de tiras reactivas directamente desde su medidor
- alertas opcionales para mantener a sus contactos informados
- envío de un informe de resumen de salud directamente desde el medidor
- gracias a las cargas automáticas, se acabaron los registros en papel

#### Para empezar:

- Envíe "**GOSTARTNOW**" al 85240 para obtener más información.
- Visite: [Join.Livongo.com/STARTNOW/hi](https://Join.Livongo.com/STARTNOW/hi)
- Llame al 800-945-4355 y utilice el código de registro: **STARTNOW**

#### Calculadora de costos de recompensas de Priority Health

Consulte y compare sus costos antes de recibir atención. Podría ganar una tarjeta VISA de recompensas de \$50 a \$200.

- Escanee el código QR con la cámara de su teléfono para iniciar sesión o regístrese para obtener una cuenta de miembro de Priority Health y acceder a la Calculadora de costos.
- Introduzca el nombre de un procedimiento y busque los lugares donde está disponible ese servicio. En la lista de precios por ubicación, seleccione un centro para ver su estimación personal de gastos de bolsillo.
- También puede comparar los costos en los centros de su red y, en algunos casos, limitar su búsqueda al seleccionar un proveedor específico.
- Si elige las opciones más económicas, ahorrará en los procedimientos.



## PriorityMOM™

Es muy emocionante descubrir que está embarazada, pero esto también la deja con muchas preguntas.

PriorityMOM™, que significa Oferta de Maternidad para Miembros, es un programa de Priority Health diseñado para ayudarla a usted y a su familia a afrontar los costos de atención médica y la cobertura durante su embarazo y más adelante. ¿Cuál es el objetivo? Promover embarazos más saludables y apoyarla con recursos durante esta emocionante etapa de su vida.

#### Cómo funciona

1. Si usted es una mujer embarazada y un miembro elegible de Priority Health, le enviaremos un correo electrónico personalizado para que se una al programa PriorityMOM. También puede inscribirse en PriorityMOM directamente en [priorityhealth.com/joinprioritymom](https://priorityhealth.com/joinprioritymom).
2. Una vez que se inscriba en el programa, recibirá un regalo de bienvenida que contiene un tensiómetro, un saco de dormir para bebés, una descripción general del programa y un termómetro para la frente (regalo para quienes participen por segunda vez en PriorityMOM).
3. A lo largo del embarazo, recibirá información sobre los costos y la cobertura, así como recursos educativos. Si padece alguna enfermedad de alto riesgo, recibirá información adicional para ayudarla a tratarla.
4. Al final del programa, recibirá una tarjeta regalo de \$50 cuando complete la encuesta del programa.

#### Virtual Care

Reciba atención médica las 24 horas del día, los 7 días de la semana, por teléfono o video. La atención virtual es ideal para casos no urgentes, como síntomas de resfriado y gripe, alergias, conjuntivitis, sinusitis, problemas de piel y mucho más.

Descargue la aplicación Priority Health y cree una cuenta o inicie sesión para empezar.

Fuera de Michigan, descargue la aplicación MDLive.

[Encontrará más información en la página 11.](#)



# BENEFICIOS DE FARMACIA: RESPUESTAS A SUS PREGUNTAS

Para facilitarle la transición a su nuevo plan, hemos respondido algunas preguntas frecuentes sobre sus próximos beneficios.

## **¿Cuándo recibirá una tarjeta de identificación?**

Poco después de inscribirse, recibirá por correo una tarjeta de identificación de miembro de Priority Health. A partir de la fecha de entrada en vigor de su plan, podrá crear una cuenta de miembro en [priorityhealth.com](http://priorityhealth.com) para obtener acceso completo a la información y las herramientas de su cuenta.

## **¿Mi proveedor actual participa en mi nuevo plan?**

Utilice la herramienta "Find a Doctor" (Buscar un médico) de nuestro sitio web para buscar proveedores que participen en su plan. Podrá buscar proveedores de forma sencilla por categoría o por especialidad, ubicación y tipo de plan.

## **¿Mis recetas están cubiertas?**

Busque sus recetas en la Lista de medicamentos aprobados (ADL) de nuestro sitio web. Para saber si sus recetas están cubiertas, seleccione en el menú la Lista de medicamentos aprobados. A partir de ahí:

- Seleccione el *Grupo de empleadores y empleados*.
- Seleccione *Tradicional* cuando se le pregunte por el tipo de lista de medicamentos.
- Busque los medicamentos por orden alfabético o por clase terapéutica (por ejemplo, antihistamínicos).
- No olvide prestar atención al nivel al que pertenecen sus recetas. También puede consultar los documentos del plan que se le facilitaron en la reunión de afiliación abierta para ayudarle a determinar sus costos.

## **¿Qué ocurre si mi receta no está en la Lista de medicamentos aprobados?**

Si su medicamento no está en nuestra Lista de medicamentos aprobados, comuníquese con su médico para analizar las opciones de medicamentos similares cubiertos por su plan. Es posible que su medicamento esté cubierto en un formato distinto al que utiliza actualmente. Por ejemplo, es posible que cubramos su receta actual en forma de cápsula en lugar de pastilla, o de pomada en lugar de crema para los tópicos.

## **Con su nuevo plan, algunos medicamentos tienen requisitos adicionales antes de poder surtir su receta.**

- *Autorizaciones previas:* Las autorizaciones previas se deben aprobar por adelantado para que un medicamento esté cubierto. Los formularios de aprobación de autorizaciones previas están disponibles en nuestro sitio web. Su médico puede enviarnos las solicitudes por teléfono o fax.
- *Terapia escalonada:* Algunos medicamentos requieren terapia escalonada, lo que significa que se deben probar otros medicamentos de la misma categoría que hayan demostrado ser seguros y eficaces, alternativas de menor costo. Su receta actual puede estar cubierta si las alternativas sugeridas no son eficaces o si el médico lo considera medicamento necesario. Si ha completado los requisitos de la terapia escalonada en el pasado, su proveedor puede enviarnos la información para que la revisemos.

## **¿Qué ocurre si mi receta no está cubierta y el médico no puede cambiar mis medicamentos inmediatamente después de la entrada en vigor del nuevo plan?**

Durante los primeros 120 días de su plan Priority Health, podrá obtener un suministro único de 30 días de sus medicamentos actuales para que le duren hasta que su médico pueda hacer la transición.

Durante este período, si el farmacéutico le dice que su resurtido no está cubierto, puede pedirle que busque el código de resurtido transitorio en su registro de miembro. Por lo general, puede recibir un suministro para 30 días, a menos que su medicamento tenga un límite de cantidad o dosis.

Si, con su nuevo plan, su receta requiere autorización previa o terapia escalonada, recibirá una carta nuestra de seguimiento indicándole si necesita cumplir estos requisitos antes de surtir su próxima receta.



# CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA)

## ¿Quién puede tener una HSA?

Cualquier adulto puede tener una HSA si cumple con lo siguiente:

- tener cobertura de un Plan de salud dirigido por el consumidor (CDHP) que sea calificado;
- no tener otra cobertura de primer dólar (no cubierto por otro plan médico que NO sea un CDHP);
- no tener derecho a (no estar inscrito en) los beneficios de Medicare; o
- no poder declarar como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.

Si elige inscribirse en la opción CDHP y es elegible, puede abrir una HSA a través de Mercantile Bank. Puede comunicarse con ellos en el **(616)-406-3700**.

## ¿Cómo funciona?

Cuando incurra en un gasto médico calificado, puede usar su tarjeta de débito provista por el banco para pagar esos gastos. Luego, conservará su recibo o explicación de los beneficios para comprobar sus gastos elegibles. También puede pagar los gastos de su cuenta personal y reembolsarse a sí mismo en una fecha posterior retirando fondos de la HSA. Los beneficios de ser propietario de una cuenta de ahorros para la salud incluyen la transferencia de fondos de un año a otro, los miembros pueden cambiar sus contribuciones a lo largo del año y las cuentas son completamente portátiles: lo acompañan si alguna vez deja su empleo en Plascore.

## Ejemplos de los gastos elegibles de la HSA:

- Copagos
- Deducibles
- Coseguro
- Anteojos
- Lentes de contacto y solución para lentes
- LASIK
- Protector solar
- Vendajes
- Botiquines de primeros auxilios
- Pruebas de embarazo/fertilidad
- Vitaminas prenatales
- Extractor de leche y suministros

## Contribuciones a la HSA

Usted puede hacer contribuciones a su HSA y hay una contribución equivalente de Plascore. El empleado es responsable de configurar su propia cuenta HSA. Puede hacerlo en <https://www.mercbank.com/personal/accounts/> en las opciones de HSA. Puede hacer contribuciones a su HSA cada año que sea elegible. Su contribución total combinada para 2024 no puede ser más de:

### Contribución de Plascore:

- Individual = \$500
- Doble = \$750
- Familiar = \$1,000

### Su contribución:

- Cobertura individual: \$3,650
- Cobertura doble: \$7,550
- Cobertura familiar: \$7,300
- Contribución única de recuperación (Más de 55 años): \$1,000

## DETALLES DE LA HSA 2024

- **¿Puedo cambiar mis contribuciones en 2024?** Sí, hable con Recursos Humanos para obtener más detalles.
- **¿Hay retiros de efectivo?** Sí; sin embargo, estos montos podrían estar sujetos a impuestos y multas si se usan para gastos de salud no elegibles.
- **¿Se transfieren los fondos no utilizados?** Sí, todos los fondos no utilizados se transferirán.
- **¿Se proporciona una tarjeta de débito?** Sí
- **¿Dónde está configurada mi cuenta?** Su cuenta está en Mercantile Bank y es de su propiedad.

Para consultar el saldo de su cuenta de ahorros para la salud, inicie sesión en <https://www.mercbank.com/hsa>, correo electrónico: [HSASupport@mercbank.com](mailto:HSASupport@mercbank.com) o llame al 616-406-3700

Una cuenta de ahorros para la salud (HSA) es una cuenta financiada con dólares antes de impuestos para ayudarle a ahorrar o pagar gastos médicos futuros. Los fondos de la cuenta se transfieren de un año a otro y se pueden usar como una opción adicional para los ahorros para la jubilación.

# TELEMEDICINA – APLICACIÓN SPECTRUM HEALTH

**BENEFICIO IMPORTANTE:** Durante este último año, las visitas virtuales al médico han sido fundamentales para mantener a nuestros empleados sanos y en contacto con un médico.

La aplicación Spectrum Health es un servicio para usted y sus dependientes elegibles. Si está inscrito en uno de nuestros planes médicos, tiene acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año a médicos y pediatras colegiados estadounidenses por teléfono o video en línea.



Los miembros del plan HMO y PPO pueden usar Spectrum Health con un copago de \$0.

Si está inscrito en el CDHP, según las normas del IRS, primero deberá cumplir con el deducible y luego tendrá un copago de \$0. Sin embargo, esta opción sigue siendo menos costosa que una visita al consultorio, atención de urgencia o sala de emergencias.

Resuelva varios de sus problemas médicos: Spectrum Health puede diagnosticar, recomendar tratamientos y recetar medicamentos, cuando corresponda, para muchos problemas médicos comunes. Por ejemplo: conjuntivitis, alergias, resfriado y gripe, dolor de oído o problemas de sinusitis.

- Hable con médicos colegiados estadounidenses: Nuestra red incluye médicos con licencia estatal de la más alta calidad.
- Úsela en cualquier lugar, en cualquier momento: ¿De vacaciones? ¿Atrapado en casa con niños enfermos? ¿Son las 3:00 a. m. y necesita atención ahora? No hay problema. **Los médicos de Spectrum Health están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año por teléfono y consultas por video en línea.**

*Spectrum Health no reemplaza al médico de atención primaria. Spectrum Health no garantiza que se redactará una receta. La aplicación Spectrum Health opera sujeta a la regulación estatal, y es posible que no esté disponible en ciertos estados. Spectrum Health 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 Spectrum Health se reservan el derecho de negar la atención por un posible mal uso de los servicios.*

## CÓMO FUNCIONA

Para conectarse con Spectrum Health, descargue la aplicación, inicie sesión con sus credenciales de MyHealth o llame al **844-322-7374**. Le harán algunas preguntas de salud y le pedirán que describa sus síntomas actuales. Entonces lo/la conectarán con un proveedor.

Si no tiene una cuenta MyHealth, configure una en [priorityhealth.com/myhealth](https://priorityhealth.com/myhealth) o llame a Atención al Cliente al **877-308-5083**.

## ¿FUERA DE MICHIGAN?

Si actualmente viaja o vive fuera de Michigan, puede acceder a MDLive para recibir atención médica, de salud mental y de abuso de sustancias.

Descargue la aplicación **MDLIVE** o llame al 800-400-6354 para empezar.

Asegúrese de tener a mano su tarjeta de identificación de miembro de Priority Health.



# ELEGIBILIDAD DE LOS DEPENDIENTES Y CAMBIOS A MITAD DE AÑO

## **¿Cuáles son los requisitos de edad para que mis dependientes sean elegibles para los beneficios?**

Los dependientes son elegibles para recibir los siguientes beneficios, hasta el final del mes en el que cumplen 26 años, independientemente de si son estudiantes, están casados o tienen acceso a otro seguro:

- seguro médico, dental y de la vista
- seguro de vida voluntario

## **Después de mi período de elegibilidad inicial, ¿cuándo puedo hacer cambios en las elecciones de mi plan de beneficios?**

- Ofrecemos un período de inscripción abierta cada año en el que puede elegir, suspender, agregar o eliminar dependientes, a partir del comienzo del siguiente año del plan. La inscripción abierta suele ser en noviembre.
- Según las regulaciones del IRS, no se pueden realizar cambios a mitad de año en la mayoría de las elecciones de beneficios antes de impuestos, a menos que tenga un evento calificado. Si tiene un evento calificado, tiene 31 días para realizar los cambios de cobertura correspondientes. Comuníquese con Recursos Humanos si experimenta un evento calificado.

### **Los beneficios que se ven afectados por estas regulaciones del IRS incluyen:**

Seguro médico, dental y de la vista y cuenta de gastos flexibles

### **Los beneficios a los que puede hacer cambios en cualquier momento durante el año incluyen:**

Cuenta de ahorros para la salud o 401(k)

### **Los ejemplos de eventos calificados incluyen, pero no se limitan a:**

Nacimiento/adopción de un hijo, dependiente que cumple 26 años o dependiente que adquiere una discapacidad, matrimonio, divorcio o separación legal, o ganancia o pérdida de otra cobertura.



# DENTAL

**Elegibilidad:** Los empleados que trabajan 30 horas a la semana son elegibles en la fecha de contratación.

La cobertura dental es voluntaria y 100 % pagada por el empleado.

Si no elige la cobertura dental cuando es elegible por primera vez, puede inscribirse con un evento calificado o durante el período de inscripción abierta.

## **Cómo encontrar un proveedor dentro de la red:**

Visite [www.deltadentalmi.com](http://www.deltadentalmi.com) para ubicar un proveedor dentro de la red, haga clic en los enlaces rápidos "Find a Dental Provider" (Encontrar un proveedor dental) e ingrese su ubicación o código postal. Para hablar con un representante, llame al **800-524-0149**.

Quincenal	Tarifa 2024
<b>Solo empleado</b>	\$12.13
<b>Empleado + cónyuge</b>	\$23.24
<b>Empleado + hijo/s</b>	\$30.89
<b>Familia</b>	\$47.57



Beneficio	PPO y Red Premier	Dentista no participante*
<b>Servicios preventivos</b> Exploraciones, limpiezas, fluoruro y mantenedores de espacio	100 % cubierto. No deducible.	100 % cubierto. No deducible.
<b>Deducible</b>	\$0	\$0
<b>Servicios básicos</b> Empastes, coronas, enfermedad de las encías, endodoncias y extracciones	50 % de coseguro	50 % de coseguro
<b>Servicios mayores</b> Puentes, implantes y dentaduras	50 % de coseguro	50 % de coseguro
<b>Máximo anual</b>	\$1,000 por persona	\$1,000 por persona
<b>Ortodoncia</b>	50 % de coseguro Máximo de por vida - \$1,000 Disponibile para hijos dependientes cubiertos hasta los 19 años	50 % de coseguro Máximo de por vida - \$1,000 Disponibile para hijos dependientes cubiertos hasta los 19 años



\*Cuando recibe servicios de un dentista no participante, los porcentajes en esta columna indican la parte de la tarifa del dentista no participante de Delta Dental que se pagará por esos servicios. La tarifa del dentista no participante puede ser inferior a lo que cobra el dentista y usted es responsable de esa diferencia.

# VISTA

**Elegibilidad:** Los empleados que trabajan 30 horas a la semana son elegibles en la fecha de contratación.

La cobertura de la vista es voluntaria y 100 % pagada por el empleado.

Si no elige la cobertura de la vista cuando es elegible por primera vez, puede inscribirse con un evento calificado o durante el período de inscripción abierta.

## Servicio al cliente

VSP: **800-216-6248**

Lun. a vie. de 5 a. m. a 8 p. m. (PST)

Sáb. de 7 a. m. a 8 p. m. (PST)

Dom. de 7 a. m. a 7 p. m. (PST)

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



Beneficio	En la red
<b>Examen</b>	Copago de \$10.00, 1 examen cubierto cada 12 meses
<b>Materiales</b>	Copago de \$25
<b>Armazones</b>	Asignación del plan de \$130
<b>Lentes</b>	Cubiertos en su totalidad después de un copago de materiales de \$25 para monofocal, bifocal, trifocal, lenticular. 1 juego de lentes cada 12 meses Progresivo: hasta la tarifa contratada por el proveedor para lentes trifocales, usted es responsable de cualquier saldo
<b>Lentes de contacto</b>	Asignación del plan de \$130 El miembro de Fit and Follow Up cuesta hasta \$60
<b>Corrección de la vista con láser</b>	Descuentos disponibles

Tarifas 2024	Solo empleado	Empleado + cónyuge	Empleado + hijo/s	Familia
<b>Plan de la vista</b>	\$3.65	\$6.47	\$6.60	\$10.64
Nota: Las primas del seguro de la vista son pagadas al 100 % por el Empleado.				

## Opciones en línea dentro de la red

Eyeconic.com es una tienda de anteojos en línea dentro de la red, lo que significa que no tendrá que pagar el precio total ahora y luego esperar a que se le reembolse más tarde. Sus beneficios para la vista se aplicarán directamente a su pedido en línea.

Preguntas frecuentes de Eyeconic:

[www.vsp.com/eyewear-questions.html](http://www.vsp.com/eyewear-questions.html)



# CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

## ¿Qué es una cuenta de gastos flexibles (FSA)?

Las FSA son cuentas financieras con ventajas impositivas que permiten a los empleados la opción de elegir anualmente que se reserve una parte de las ganancias antes de impuestos para pagar gastos calificados médicos o de cuidado de niños.

## Beneficios

Al anticipar los costos de atención médica y atención de dependientes para el próximo año, los participantes pueden reducir sus ingresos gravables.

## FSA de gastos médicos:

Este programa permite a los empleados pagar gastos de atención médica específicos aprobados por el IRS que no están cubiertos por su plan de seguro utilizando dólares antes de impuestos. La contribución anual máxima que se puede asignar a una FSA médica es **\$3,200**. Transferencia de fondos no utilizados hasta **\$640**.

Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a:

- Servicios de audición, incluidos audífonos y pilas
- Servicios de la vista, incluidos lentes de contacto, solución para lentes de contacto, exámenes de la vista y anteojos
- Servicios dentales, incluida la ortodoncia
- Servicios quiroprácticos
- Tratamiento de acupuntura

## FSA de gastos médicos limitados:

Si se está inscribiendo en HDHP y HSA y desea reservar fondos adicionales en una cuenta de gastos flexibles, debe inscribirse en la FSA de gastos médicos limitados. La FSA médica limitada es solo para gastos dentales y de la vista.

## FSA para el cuidado de dependientes:

Los empleados aplican dólares antes de impuestos a los gastos calificados de cuidado de dependientes.

Los dependientes calificados pueden ser niños menores de 13 años que requieran cuidado diurno, niños dependientes de cualquier edad que sean física o mentalmente incapaces de cuidarse a sí mismos, o dependientes ancianos que residan con el Empleado y requieran servicios de cuidado diurno para adultos. Para ser considerado un dependiente calificado, el Empleado debe declarar a la persona que requiere cuidado en su declaración de impuestos federales.

El monto máximo de contribución anual que se puede asignar a una FSA para el cuidado de dependientes es de \$5,000 (o \$2,500 si es casado y presenta una declaración por separado).

## Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a:

- el costo del cuidado infantil o de adultos dependientes;
- el costo de que una persona brinde cuidado dentro o fuera de su casa;
- guarderías y preescolares (excepto jardín de infantes).



# CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

---



## **TARJETA DE DÉBITO DE BENEFICIOS**

La tarjeta de débito de beneficios es la forma más rápida y conveniente de pagar los gastos elegibles. Solo una tarjeta de débito es todo lo que necesita para sus beneficios, independientemente de cuántos planes tenga con nosotros.

## **APLICACIÓN MÓVIL DE BENEFICIOS Y PORTAL PARA PARTICIPANTES**

Acceda a sus beneficios las 24 horas del día, los 7 días de la semana, con la aplicación móvil WEX. Nuestra aplicación es gratuita, conveniente y ofrece acceso en tiempo real a todas sus cuentas de beneficios. Con nuestra aplicación móvil de beneficios puede:

- obtener actualizaciones instantáneas sobre el estado de sus reclamos;
- presentar un reclamo y cargar la documentación en segundos usando la cámara de su teléfono;
- escanear el código de barras de un artículo para determinar si es un gasto elegible según la Sección 213(d) del Código del IRS;
- denunciar el robo o extravío de una tarjeta, con lo que se anulará la tarjeta y se le enviará una nueva;
- iniciar sesión mediante reconocimiento facial o huella digital (dependiendo de su teléfono);
- verificar su saldo y ver la actividad de su cuenta;
- restablecer credenciales de inicio de sesión.



## **¿NO TIENE UN TELÉFONO INTELIGENTE?**

Visite [www.wexinc.com](http://www.wexinc.com), pase el cursor sobre "Soluciones" y seleccione "Participantes/empleados". Esta página proporciona botones de inicio de sesión para acceder a su cuenta en línea, junto con recursos útiles como una base de conocimiento de beneficios, un enlace a los gastos elegibles actuales y chat.



### **¿Tiene preguntas?**

Nuestro equipo de Servicios al participante está disponible de lunes a viernes de 6:00 a. m. a 9:00 p. m., hora central.

**Preguntas al inscribirse:** 1-866-451-3399

**Preguntas antes de inscribirse:** 1-844-561-1337

**Envíe una pregunta por correo electrónico:**  
[customerservice@wexhealth.com](mailto:customerservice@wexhealth.com)

**Envíe un formulario:** [forms@wexhealth.com](mailto:forms@wexhealth.com)

**Chat en vivo:** visite [www.wexinc.com](http://www.wexinc.com), pase el cursor sobre "Soluciones" y seleccione "Participantes/empleados".



# VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D)

## **Seguro básico de vida y AD&D**

Plascore ofrece este beneficio sin costo alguno para sus empleados para la cobertura básica de vida y AD&D. El monto del beneficio se establece en una vez sus ganancias anuales, hasta un máximo de \$150,000. Si la cobertura supera los \$50,000, una parte de la prima puede incluirse en el ingreso gravable del Empleado.

A medida que envejece, el monto del seguro de vida y AD&D se reducirá de acuerdo con el siguiente programa:

A los 65 años: se reduce al 65 % del monto original del seguro.

A los 70 años: se reduce al 50 % del monto original del seguro.



## **Seguro de vida voluntario (beneficio después de impuestos)**

Los empleados que deseen complementar los beneficios básicos del seguro de vida grupal y AD&D pueden comprar cobertura adicional. Usted paga completamente las primas después de impuestos a través de la deducción de nómina. Si no se inscribe cuando es elegible por primera vez, puede optar por comprar cobertura en cualquier momento, pero estará sujeto a la aprobación de Mutual of Omaha.

## **Cobertura del empleado**

Las elecciones se pueden realizar en incrementos de \$10,000, hasta un máximo de \$200,000, sin superar el triple de su salario anual.

Si tiene un evento calificado y está inscrito en el plan en la fecha del evento, puede comprar cobertura para su cónyuge/hijo según las pautas del plan sin que se hagan preguntas (hasta los límites garantizados), siempre que haga esa elección en los 31 días posteriores al evento.

## **Cobertura conyugal**

Incrementos de \$5,000, que no excedan el 100 % de la cobertura del Empleado o \$50,000.

## **Cobertura de hijos dependientes**

Se pueden hacer elecciones por \$10,000 para no exceder el 100 % de la cobertura del Empleado.

El seguro de vida voluntario es transferible, lo que significa que puede continuar con la póliza después de que deje de ser empleado de Plascore y proporciona un beneficio de cuidado en vida del 75 % del monto de su beneficio hasta \$150,000.

## **La cobertura de vida y AD&D se ofrece a través de Mutual of Omaha;**

Para contacto, llame al **800-775-8805** o visite [www.mutualofomaha.com](http://www.mutualofomaha.com)

Cuando se comunique con ellos, tenga a la mano su número de póliza:

Vida y AD&D: GLUG-B9MQ

Vida voluntaria: GVTL-B9MQ



# PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP)

---

## **Programa de Asistencia al Empleado**

Los empleados reciben, sin cargo adicional a través de su plan de beneficios, un servicio que puede ayudarles a encontrar soluciones para los desafíos cotidianos en el trabajo y el hogar, así como para problemas más serios relacionados con el bienestar emocional y físico. Ejemplos de asistencia al empleado son:

- depresión, duelo, pérdida y bienestar emocional;
- asuntos familiares, maritales y otras relaciones;
- adicciones como el abuso de alcohol y drogas;
- estrés o ansiedad con el trabajo o la familia.

*Tiene múltiples formas de acceder a este servicio, una nacional y otra local:*

## **Pine Rest Christian Mental Health Services, antes Centro de Atención al Empleado (EAC):**

El EAC es un proveedor de recursos locales con sede en el oeste de Michigan. Puede visitar su sitio web en [www.eaccares.com](http://www.eaccares.com) o llamarlos al **800-442-0809**. Tienen oficinas en Holland, Grand Haven, Grandville y Grand Rapids.



Llame al 800-442-0809 o  
visite [eaccares.com](http://eaccares.com)



# BENEFICIO POR DISCAPACIDAD



## **Elegibilidad**

Los empleados que trabajan 30 horas a la semana son elegibles para la cobertura por discapacidad a corto y largo plazo proporcionada por Plascore en su fecha de contratación. El tiempo de vacaciones disponible se puede usar durante el período de espera de 14 días naturales.

## **Beneficios**

En caso de que un Empleado elegible quede discapacitado debido a una lesión o enfermedad no relacionada con el trabajo, se dispone de beneficios de ingresos por discapacidad.

El seguro de discapacidad se ofrece a través de Mutual of Omaha.

Para presentar un reclamo puede usar las siguientes opciones. Comuníquese con Recursos Humanos.

**Llamar: 800-877-5176**

**En línea:**

[www.mutualofomaha.com/customer-service](http://www.mutualofomaha.com/customer-service)

En la pestaña "Forms" (Formularios), seleccione su estado y haga clic en "Get Forms" (Obtener formularios). En "Disability Forms" (Formularios de discapacidad), seleccione "Short Term Disability Claim Form" (Formulario de reclamo por discapacidad a corto plazo).

Corto plazo	Beneficio
<b>Comienzo de los beneficios</b>	Después de 14 días consecutivos de discapacidad
<b>Duración del beneficio</b>	Hasta 24 semanas
<b>Porcentaje de ingresos reemplazados</b>	70 % del pago hasta un máximo de \$600 por semana
Largo plazo	Beneficio
<b>Comienzo de los beneficios</b>	Después de 180 días consecutivos de discapacidad
<b>Definición ocupacional</b>	Ocupación propia durante 24 meses
<b>Definición preexistente</b>	3 meses antes de la fecha de inicio de los beneficios Período de espera de 12 meses antes de que comiencen los beneficios
<b>Duración del beneficio</b> (Edad al momento de la discapacidad)	Menos de 61 años – hasta SSNRA 62 años – SSNRA o 3 años 6 meses 63 años – SSNRA o 3 años 64 años – SSNRA o 2 años 6 meses 65 años – 2 años 66 años – 1 año 9 meses 67 años – 1 año 6 meses 68 años – 1 año 3 meses 69 años en adelante – 1 año
<b>Porcentaje de ingresos reemplazados</b>	60 % de sus ganancias mensuales
<b>Beneficio máximo</b>	\$6,000 por mes
<b>Duración del beneficio de salud mental/drogas y alcohol</b>	24 meses



**Mutual of Omaha**

# PLAN 401(K)

## Elegibilidad

Contribuciones diferidas electivas para 401(k), requisitos de elegibilidad para contribuciones diferidas electivas para 401(k): puede inscribirse en el plan como participante activo para propósitos de contribuciones diferidas electivas para 401(k) el primer día del mes en el que cumpla con los siguientes requisitos o después de cumplirlos:

- Usted es un empleado elegible.
- Tiene 30 días de servicio de entrada.

## Beneficio

Plascore igualará el 50 % del primer 6 % que los empleados contribuyan a su cuenta. Este equivalente se aporta con cada cheque de pago. Las contribuciones del empleador se conceden según el programa a continuación.

## Contribuciones máximas

Límite de contribución anual 2024 = \$23,000

Contribución de recuperación a partir de los 50 años = \$7,500

## Concesión

Las contribuciones de Plascore se conceden según el siguiente programa.



<2 años	2 años	3 años	4 años	5 años	6 años
0 %	20 %	40 %	60 %	80 %	100 %

### **Principal es nuestro proveedor 401(k).**

Para cambiar la tasa de diferimiento, la inversión predeterminada o identificar a su beneficiario, vaya a [www.principal.com](http://www.principal.com), o para contacto llame al **800-547-7754**.



# MICHIGAN: CUIDADO INFANTIL MI TRISHARE

## MI Tri-Share CHILD CARE



El programa de cuidado infantil MI Tri-Share ayuda a los empleados calificados con los costos de cuidado infantil. A través de este nuevo enfoque innovador, los gastos de cuidado infantil son compartidos por el empleador, el empleado y el estado de Michigan, y cada uno contribuye con un tercio del costo.

Además de ayudar a los padres que trabajan con los costos del cuidado infantil, el programa ayuda a los empleadores a atraer y retener talentos y ayuda a los proveedores de cuidado infantil a estabilizar su negocio a través de pagos constantes. El programa está abierto a todos los empleadores con sede en la región de cinco condados de Goodwill Hub.

Para calificar, los empleados deben tener un ingreso entre 200 % y 325 % del nivel federal de pobreza. Para obtener más información, comuníquese con Recursos Humanos.

Tamaño del hogar	Ingreso mensual
<b>Dos personas</b>	\$3,052 a \$4,959
<b>Tres personas</b>	\$3,838 a \$6,237
<b>Cuatro personas</b>	\$4,625 a \$7,516
<b>Cinco personas</b>	\$5,412 a \$8,794
<b>Seis personas</b>	\$6,198 a \$10,072
<b>Siete personas</b>	\$6,985 a \$11,351
<b>Ocho personas</b>	\$7,772 a \$12,629
<b>Cada miembro adicional de la familia</b>	+\$787 a \$1,278

Goodwill Industries of West Michigan es un MI Tri-Share Child Care Hub designado que administra el programa a empresas ubicadas en los condados de Muskegon, Ottawa, Oceana, Newaygo, Lake y Mason. El socio de Goodwill en la ejecución del programa en el condado de Ottawa es Ready for School, una organización sin fines de lucro dedicada a la preparación escolar que sirve a las comunidades del condado de Ottawa.

## OTROS BENEFICIOS

### Vacaciones

Plascore reconoce que el tiempo de calidad fuera del trabajo es importante. Ofrecemos a los empleados de tiempo completo hasta 6 semanas fuera del trabajo. Su antigüedad en Plascore determinará qué parte de las 6 semanas son vacaciones pagadas y qué parte son vacaciones no pagadas. El tiempo combinado de vacaciones pagadas y no pagadas no puede exceder las 6 semanas en un año calendario. Las vacaciones no pagadas deben tomarse en semanas completas.

### Licencia remunerada por duelo

Los empleados de tiempo completo reciben una compensación regular por la muerte de un miembro de la familia según la situación. Consulte la definición de 'familia' en la política.

**Miembros de la familia inmediata:** No exceder de un total de 40 horas o 5 días

**Otra familia:** No exceder de un total de 24 horas o 3 días

### Servicio de jurado

Los empleados que deben servir en un jurado recibirán su compensación regular por el tiempo que estén ausentes del trabajo. Consulte el manual para obtener más detalles.

### Reembolso de matrículas

Los empleados de Plascore son elegibles para beneficios de reembolso de matrícula. Plascore cree que la educación continua es importante para el éxito de nuestros empleados. Por eso, ofrecemos un reembolso del 100 % hasta \$5,000 por año calendario.

### Reparto de utilidades

Bonificación trimestral en función de la rentabilidad de la compañía.

## DÍAS FESTIVOS

Los empleados son elegibles al ser contratados para los siguientes días festivos remunerados, según el horario de trabajo de los empleados.

Los Empleados por hora que trabajen en días feriados también recibirán el pago por día feriado y el pago de tiempo y medio por las horas trabajadas.

- Año Nuevo
- Día de los Caídos
- Día de la Independencia
- Día del Trabajo
- Día de Acción de Gracias
- Día después de Acción de Gracias
- Día de Navidad



Las preguntas sobre los beneficios pueden dirigirse a Recursos Humanos. Estas páginas destacan ciertas disposiciones de los planes ilustrados y pretenden ser una guía para los Empleados y posibles Empleados con fines informativos únicamente. Si hay alguna diferencia entre este documento y los documentos/folleto del plan, prevalecerán los documentos del plan.

# TERMINOLOGÍA DE BENEFICIOS

Conocer y comprender sus beneficios es importante para elegir el mejor camino para usted y su familia. Las definiciones a continuación le ayudarán a comprender sus coberturas y tomar una decisión informada.

**Medicamentos de marca:** medicamentos que están patentados, fabricados y distribuidos por un solo fabricante farmacéutico.

**Coseguro o costo compartido:** el costo de un gasto de salud que se comparte entre usted y el plan después de pagar su deducible. Por ejemplo, la parte del plan de Plascore de la mayoría de los gastos es del 80 % y su parte (monto de coseguro) es del 20 %.

**Copago:** una cantidad fija en dólares que paga por un gasto, como una visita al consultorio o un medicamento recetado. El costo restante está cubierto por el plan.

**COBRA:** la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) les permite a usted o a sus dependientes cubiertos extender la cobertura médica, dental o de la vista más allá de la fecha en la que normalmente terminaría la elegibilidad. Usted paga las primas completas más una tarifa administrativa del 2 % por esta continuación de cobertura.

**Deducible:** la cantidad de dinero que debe pagar por salud y medicamentos recetados para cada miembro de la familia cada año, antes de que los beneficios sean reembolsables en la mayoría de los casos. Después de haber pagado su deducible, los gastos futuros están cubiertos por el monto del coseguro o copago. Los copagos no cuentan para el deducible. Puede presentar reclamos para el reembolso del monto del deducible, coseguro y copago.

**FSA (Cuenta de gastos flexibles):** la cuenta FSA a menudo se establece a través de un plan de empleador. Le permite reservar dinero antes de impuestos para costos médicos comunes y atención de dependientes. Los fondos de la FSA deben utilizarse antes de fin de año. Los empleados son elegibles para transferir \$500/año.

**Medicamentos genéricos:** medicamentos que se fabrican, distribuyen y están disponibles con un nombre químico sin protección de patente. Un medicamento genérico debe tener el mismo ingrediente activo que su contraparte de marca. Los medicamentos genéricos generalmente cuestan menos que los medicamentos de marca.

**Medicamentos no preferidos o fuera del formulario:** medicamentos de marca que no están en la Lista de preferidos porque existen alternativas menos costosas y efectivas. Los medicamentos no preferidos requieren un copago más alto.

**Máximo de su propio bolsillo:** generalmente, lo máximo que tendrá que gastar cada año del plan para cada familiar cubierto es el deducible anual, más los copagos más el coseguro. Una vez que haya alcanzado el máximo de su propio bolsillo para usted o un dependiente cubierto, el plan paga el 100 % de la mayoría de los gastos restantes para usted o el dependiente durante el resto del año del plan.

**Médico de atención primaria (PCP):** en el plan Priority Health HMO se requiere un médico de atención primaria. Un PCP es un médico general o de familia, un médico de medicina interna, un pediatra, un obstetra/ginecólogo o un médico de salud conductual.

**Medicamentos preferidos o del formulario:** lista de medicamentos que un comité de médicos, farmacéuticos y otros profesionales de la salud revisan y actualizan periódicamente para comprobar su eficacia y rentabilidad. Cada plan tiene su propia Lista de medicamentos preferidos. A menudo, los medicamentos de marca que tienen genéricos disponibles no estarán en la lista del formulario para alentar a las personas a comprar el genérico menos costoso.

**Tarifa razonable y habitual:** Lo que sea menor entre el cargo real por los servicios o suministros o el cargo habitual de la mayoría de los otros médicos u otros proveedores con capacitación o experiencia similares en la misma área geográfica por servicios o suministros iguales o similares, según lo determine la compañía de seguros médicos.

**Proveedor de la red/Proveedor dentro de la red:** Un proveedor de atención médica que forma parte de la red de un plan.

**Proveedor que no es de la red/Proveedor fuera de la red:** Un proveedor de atención médica que no forma parte de la red de un plan. Los costos asociados con los proveedores fuera de la red pueden ser más altos o no estar cubiertos por su plan. Consulte con su proveedor para verificar que se acepta Priority Health.

# AVISOS LEGALES

## La Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer

Si se ha sometido o se va a someter a una mastectomía, es posible que tenga derecho a determinados beneficios en virtud de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA) de 1998. Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se brindará de la manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente, para:

- todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía
- cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica
- prótesis
- tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos los linfedemas

Estos beneficios se brindarán sujetos a los mismos deducibles y coseguro aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos que se brindan en virtud de este plan. Si desea obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, llame a Corina Wickerham al 616-748-2213.

## Asistencia con la prima bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y son elegibles para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con la prima que puede ayudarle a pagar la cobertura, usando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no será elegible para estos programas de asistencia con la prima, pero puede comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

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

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o cualquiera de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado o marque **1-877-KIDS NOW** o visite [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) para saber cómo aplicar. Si califica, pregunte en su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con la prima de Medicaid o CHIP, además de ser elegibles según el plan de su empleador, su empleador debe permitirles inscribirse en el plan de su empleador si aún no están inscritos. Esto se llama una oportunidad de "inscripción especial", y **debe solicitar la cobertura en los 60 días posteriores a la determinación de su elegibilidad para recibir asistencia con la prima**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, póngase en contacto con el Departamento de Trabajo a través de [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

**Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2021. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad:**

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
<p>Sitio web: <a href="http://myalhipp.com/">http://myalhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-692-5447</p>	<p>El Programa de Pago de Primas de Seguro Médico de AK Sitio web: <a href="http://myakhipp.com/">http://myakhipp.com/</a> Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: <a href="mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com">CustomerService@MyAKHIPP.com</a> Elegibilidad de Medicaid: <a href="http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx">http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx</a></p>
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
<p>Sitio web: <a href="http://myarhipp.com/">http://myarhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)</p>	<p>Sitio web: Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP) <a href="http://dhcs.ca.gov/hipp">http://dhcs.ca.gov/hipp</a> Teléfono: 916-445-8322 Correo electrónico: <a href="mailto:hipp@dhcs.ca.gov">hipp@dhcs.ca.gov</a></p>



# AVISOS LEGALES

COLORADO – Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
<p>Sitio web de Health First Colorado:  <a href="https://www.healthfirstcolorado.com/">https://www.healthfirstcolorado.com/</a>            Centro de contacto para miembros de Health First Colorado:            1-800-221-3943/ Retransmisión estatal 711            CHP+: <a href="https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus">https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus</a>            Servicio de atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/            Retransmisión estatal 711            Programa de Compra de Seguro Médico (HIBI):  <a href="https://www.Colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program">https://www.Colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program</a>            Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442</p>	<p>Sitio web:  <a href="https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html">https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html</a>            Teléfono: 1-877-357-3268</p>
GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
<p>Sitio web: <a href="https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp">https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp</a>            Teléfono: 678-564-1162, ext. 2131</p>	<p>Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos de 19 a 64 años            Sitio web: <a href="http://www.in.gov/fssa/hip/">http://www.in.gov/fssa/hip/</a>            Teléfono: 1-877-438-4479            Todos los demás Medicaid            Sitio web: <a href="https://www.in.gov/medicaid/">https://www.in.gov/medicaid/</a>            Teléfono 1-800-457-4584</p>
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid:  <a href="https://dhs.iowa.gov/ime/members">https://dhs.iowa.gov/ime/members</a>            Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366            Sitio web de Hawki:  <a href="http://dhs.iowa.gov/Hawki">http://dhs.iowa.gov/Hawki</a>            Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563            Sitio web de HIPP:  <a href="https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp">https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp</a>            Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio web: <a href="https://www.kancare.ks.gov/">https://www.kancare.ks.gov/</a>            Teléfono: 1-800-792-4884</p>
KENTUCKY – Medicaid	LUISIANA – Medicaid
<p>Sitio web del Programa de Pago de Primas de Seguro Médico Integrado de Kentucky (KI-HIPP):  <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx">https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</a>            Teléfono: 1-855-459-6328            Correo electrónico: <a href="mailto:KIHIP.PROGRAM@ky.gov">KIHIP.PROGRAM@ky.gov</a>            Sitio web de KCHIP:  <a href="https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx">https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx</a>            Teléfono: 1-877-524-4718            Sitio web de Medicaid de Kentucky: <a href="https://chfs.ky.gov">https://chfs.ky.gov</a></p>	<p>Sitio web: <a href="http://www.medicaid.la.gov">www.medicaid.la.gov</a> o <a href="http://www.ldh.la.gov/lahipp">www.ldh.la.gov/lahipp</a>            Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web de inscripción:  <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a>            Teléfono: 1-800-442-6003            TTY: Retransmisión de Maine 711            Página web de primas de seguros de salud privados:  <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a>            Teléfono: 1-800-977-6740.            TTY: Retransmisión de Maine 711</p>	<p>Sitio web: <a href="https://www.mass.gov/info-details/masshealth-premium-assistance-pa">https://www.mass.gov/info-details/masshealth-premium-assistance-pa</a>            Teléfono: 1-800-862-4840</p>

# AVISOS LEGALES

MINNESOTA – Medicaid	MISURI – Medicaid
<p>Sitio web: <a href="https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp">https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp</a></p> <p>Teléfono: 1-800-657-3739</p>	<p>Sitio web: <a href="http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm">http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</a></p> <p>Teléfono: 573-751-2005</p>
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
<p>Sitio web: <a href="http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP">http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</a></p> <p>Teléfono: 1-800-694-3084</p>	<p>Sitio web: <a href="http://www.ACCESSNebraska.ne.gov">http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</a></p> <p>Teléfono: 1-855-632-7633</p> <p>Lincoln: 402-473-7000</p> <p>Omaha: 402-595-1178</p>
NEVADA – Medicaid	NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: <a href="http://dhcfp.nv.gov">http://dhcfp.nv.gov</a></p> <p>Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p>Sitio web: <a href="https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm">https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm</a></p> <p>Teléfono: 603-271-5218</p> <p>Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218</p>
NEW JERSEY – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: <a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/</a></p> <p>Teléfono de Medicaid: 609-631-2392</p> <p>Sitio web de CHIP: <a href="http://www.njfamilycare.org/index.html">http://www.njfamilycare.org/index.html</a></p> <p>Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710</p>	<p>Sitio web: <a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a></p> <p>Teléfono: 1-800-541-2831</p>
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
<p>Sitio web: <a href="https://medicaid.ncdhhs.gov/">https://medicaid.ncdhhs.gov/</a></p> <p>Teléfono: 919-855-4100</p>	<p>Sitio web: <a href="http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/">http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/</a></p> <p>Teléfono: 1-844-854-4825</p>
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	OREGÓN – Medicaid
<p>Sitio web: <a href="http://www.insureoklahoma.org">http://www.insureoklahoma.org</a></p> <p>Teléfono: 1-888-365-3742</p>	<p>Sitio web: <a href="http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx">http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx</a></p> <p><a href="http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html">http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html</a></p> <p>Teléfono: 1-800-699-9075</p>
PENSILVANIA – Medicaid	RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: <a href="http://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx">http://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx</a></p> <p>Teléfono: 1-800-692-7462</p>	<p>Sitio web: <a href="http://www.eohhs.ri.gov/">http://www.eohhs.ri.gov/</a></p> <p>Teléfono: 855-697-4347 o 401-462-0311 (línea directa de RIté Share)</p>
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	DAKOTA DEL SUR – Medicaid
<p>Sitio web: <a href="https://www.scdhhs.gov">https://www.scdhhs.gov</a></p> <p>Teléfono: 1-888-549-0820</p>	<p>Sitio web: <a href="http://dss.sd.gov">http://dss.sd.gov</a></p> <p>Teléfono: 1-888-828-0059</p>
TEXAS – Medicaid	UTAH – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: <a href="http://gethiptexas.com/">http://gethiptexas.com/</a></p> <p>Teléfono: 1-800-440-0493</p>	<p>Sitio web de Medicaid: <a href="https://medicaid.utah.gov/">https://medicaid.utah.gov/</a></p> <p>Sitio web de CHIP: <a href="http://health.utah.gov/chip">http://health.utah.gov/chip</a></p> <p>Teléfono: 1-877-543-7669</p>
VERMONT – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: <a href="http://www.greenmountaincare.org/">http://www.greenmountaincare.org/</a></p> <p>Teléfono: 1-800-250-8427</p>	<p>Sitio web: <a href="http://www.coverva.org/en/famis-select">http://www.coverva.org/en/famis-select</a></p> <p><a href="http://www.coverva.org/en/hipp">http://www.coverva.org/en/hipp</a></p> <p>Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924</p> <p>Teléfono de CHIP: 1-855-432-5924</p>

# AVISOS LEGALES

WASHINGTON – Medicaid	VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid
Sitio web: <a href="https://www.hca.wa.gov/">https://www.hca.wa.gov/</a> Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: <a href="http://mywvhipp.com/">http://mywvhipp.com/</a> Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid y CHIP	WYOMING – Medicaid
Sitio web: <a href="https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm">https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm</a> Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio web: <a href="https://health.wyo.gov/healthcarefin/mcicaid/programs-and-eligibility/">https://health.wyo.gov/healthcarefin/mcicaid/programs-and-eligibility/</a> Teléfono: 1-800-251-1269

Para ver si otros estados han agregado un programa de asistencia con la prima desde el 31 de julio de 2021, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, comuníquese con:

Departamento de Trabajo de EE. UU.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados

Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid

[www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa)

[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)

1-866-444-EBSA (3272)

1-877-267-2323, opción de menú 4, ext. 61565

(continuación)

## Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (Paperwork Reduction Act, PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede realizar ni patrocinar una recopilación de información a menos que esté aprobada por la OMB conforme a la PRA y muestre un número de control de la OMB actualmente válido, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB actualmente válido. Consultar 44 U.S.C. 3507. Además, sin perjuicio de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona estará sujeta a una sanción por no cumplir con una recopilación de información si la recopilación de información no muestra un número de control OMB actualmente válido. Consultar 44 U.S.C. 3512.

Se estima que la carga de información pública para esta recopilación de información tiene un promedio de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se alienta a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de los EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios, Oficina de Política e Investigación, a la atención de: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, NW, Room N-5718, Washington, DC 20210, o al correo electrónico [ebsa.opr@dol.gov](mailto:ebsa.opr@dol.gov) y hacer referencia al número de control OMB 1210-0137.

# AVISOS LEGALES

## **Aviso importante sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare**

*Si usted o cualquiera de sus dependientes elegibles son elegibles para Medicare, o lo serán pronto, lea este aviso. De lo contrario, puede ignorar este aviso.*

Léalo atentamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso tiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Plascare y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos qué medicamentos están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

Hay dos cosas importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare comenzó a estar disponible en 2006 para todos aquellos que tienen Medicare. Puede obtener esta cobertura si se une a un plan de medicamentos recetados de Medicare o a un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Plascare ha determinado que, en promedio, para todos los participantes del plan, se espera que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece el plan médico de Plascare pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es Cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una sanción) si luego decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su actual Cobertura acreditable de medicamentos recetados sin que sea su culpa también será elegible para un Período Especial de Inscripción (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

### **¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?**

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de Plascare no se verá afectada. Puede mantener esta cobertura si elige la Parte D, y este plan se coordinará con la cobertura de la Parte D. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de Plascare, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar esta cobertura.

### **¿Cuándo pagará una prima más alta (sanción) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?**

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con Plascare y no se une a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, es posible que deba pagar una prima más alta (una sanción) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1 % de la prima base de beneficiario de Medicare por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser constantemente al menos un 19 % más alta que la prima básica de beneficiario de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (una sanción) siempre que tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el mes de octubre siguiente para unirse.

### **Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados:**

Comuníquese con la persona que se indica a continuación para obtener más información al (616)-748-2209. NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo obtendrá antes del próximo período en el que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de Plascare cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

### **Para obtener más información sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:**

Hay información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual Medicare & You (Medicare y usted). Recibirá una copia del manual por correo todos los años de parte de Medicare. Es posible que también lo/la contacten directamente desde los planes de medicamentos de Medicare.

### **Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:**

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- Para obtener ayuda personalizada, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (consulte el interior de la contraportada de su copia del manual Medicare & You [Medicare y usted] para obtener su número de teléfono).
- Llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

# AVISOS LEGALES

---

Si tiene ingresos y recursos limitados, dispone de ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov), o llame al **1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)**. Recuerde: Guarde este aviso de Cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite que proporcione una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar una prima más alta (una sanción).

Nombre de contacto: Emily Babson  
Cargo/Oficina: Directora of Recursos Humanos  
Dirección: 615 N. Fairview Street, Zeeland, MI 49464  
Número de teléfono: **616-748-2209**

## **Nuevas opciones de cobertura del Mercado de Seguros Médicos y su cobertura médica**

A partir de 2014, existe una nueva forma de contratar un seguro médico: el Mercado de Seguros Médicos. Para ayudarle a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el nuevo Mercado.

### **¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?**

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece una "ventanilla única" para encontrar y comparar opciones de seguro médico privado. También puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduce su prima mensual de inmediato.

El período de inscripción abierta de 2021 para la cobertura de seguro médico a través del Mercado se extiende desde el 1 de noviembre de 2019 hasta el 15 de diciembre de 2019. Las personas deben inscribirse o cambiar de plan antes del 15 de diciembre de 2019 para que la cobertura comience a partir del 1 de enero de 2021. Después del 15 de diciembre de 2019, puede obtener cobertura a través del Mercado para 2021 solo si califica para un período de inscripción especial o está solicitando Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP).

### **¿Puedo ahorrar dinero en las primas de mi seguro médico en el Mercado?**

Puede calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura u ofrece cobertura que no cumple con ciertos estándares. Los ahorros en su prima para los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar.

### **¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros de primas a través del Mercado?**

Sí. Si tiene una oferta de cobertura médica de su empleador que cumple con ciertos estándares, no será elegible para un crédito fiscal a través del Mercado, y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca su prima mensual o para una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece cobertura en absoluto o no ofrece cobertura que cumpla con ciertos estándares.

Si el costo de un plan de su empleador que lo cubriría a usted (y no a ningún otro miembro de su familia) es más del 9.5 por ciento de los ingresos anuales de su hogar, o si la cobertura que brinda su empleador no alcanza el "valor mínimo" estándar establecido por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal. (Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan de los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos).

Nota: Si compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida por su empleador, entonces puede perder la contribución del empleador (si corresponde) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, esta contribución del empleador, así como su contribución a la cobertura ofrecida por el empleador, a menudo se excluye de los ingresos para fines de impuestos sobre la renta federales y estatales. Sus pagos de cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos.

### **¿Cómo puedo obtener más información?**

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece su empleador, consulte la descripción resumida del plan o comuníquese con: Emily Babson, Directora of Recursos Humanos, al **616-748-2209** o a través de [Emily.babson@plascor.com](mailto:Emily.babson@plascor.com)

El Mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluida la elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) para obtener más información, una solicitud en línea para cobertura de seguro médico e información de contacto para un Mercado de Seguros Médicos en su área.

# AVISOS LEGALES

---

## **\*\*Derechos de continuación de cobertura bajo COBRA\*\***

### **Introducción**

Usted recibe este aviso porque recientemente obtuvo cobertura bajo un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso tiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. Este aviso explica la continuación de la cobertura COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia y qué debe hacer para proteger su derecho a obtenerla. Cuando sea elegible para COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de la cobertura COBRA.

El derecho a la continuación de la cobertura COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) de 1985. La continuación de la cobertura COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando, de lo contrario, finalizaría la cobertura de salud grupal. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la ley federal, debe revisar la descripción resumida del Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Es posible que tenga otras opciones disponibles cuando pierda la cobertura de salud grupal. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado, puede calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y costos de su propio bolsillo más bajos. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como el plan de su cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

### **¿Qué es la continuación de la cobertura COBRA?**

La continuación de la cobertura COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando, de otro modo, terminaría debido a un evento de vida. Esto también se llama un "evento calificado". Los eventos calificados específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento calificado, se debe ofrecer continuación de cobertura COBRA a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se pierde la cobertura del Plan debido al evento calificado. Según el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de la cobertura COBRA deben pagar la continuación de esta cobertura.

Si es un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Sus horas de trabajo se reducen.
- Su empleo finaliza por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave.

Si es el cónyuge de un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Su cónyuge muere.
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge.
- El empleo de su cónyuge finaliza por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave.
- Su cónyuge adquiere derecho a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas).
- Usted se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- El padre/madre empleado muere.
- Se reducen las horas de trabajo del padre/madre empleado.
- El empleo del padre/madre empleado finaliza por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave.
- El padre/madre empleado adquiere derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).
- Los padres se divorcian o separan legalmente.
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como "hijo dependiente".

### **¿Cuándo está disponible la continuación de la cobertura COBRA?**

El Plan ofrecerá la continuación de la cobertura COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que se haya notificado al Administrador del Plan que se ha producido un evento calificado. El empleador debe notificar al Administrador del Plan sobre los siguientes eventos calificados:

- El fin del empleo o la reducción de las horas de trabajo.
- La muerte del empleado.
- El empleado adquiere derecho a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas).

# AVISOS LEGALES

---

Para todos los demás eventos calificados (divorcio o separación legal del cónyuge o pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan en los 60 días posteriores a que ocurra el evento calificado. Debe proporcionar este aviso a: Departamento de Recursos Humanos

## ¿Cómo se proporciona la continuación de la cobertura COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan reciba el aviso de que ha ocurrido un evento calificado, se ofrecerá la continuación de la cobertura COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá el derecho independiente de elegir la continuación de la cobertura COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de la cobertura COBRA es una continuación temporal de la cobertura que generalmente dura 18 meses debido a la terminación del empleo o la reducción de las horas de trabajo. Ciertos eventos calificados, o un segundo evento calificado durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

## **También hay formas en las que este período de 18 meses de continuación de la cobertura COBRA puede extenderse: extensión por discapacidad del período de 18 meses de continuación de la cobertura COBRA**

Si el Seguro Social determina que usted o alguien de su familia cubierto por el Plan tiene una discapacidad y notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de cobertura COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de continuación de cobertura COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de continuación de cobertura COBRA.

## **Extensión del segundo evento calificado del período de continuación de cobertura de 18 meses**

Si su familia experimenta otro evento calificado durante los 18 meses de continuación de cobertura COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de cobertura COBRA, por un máximo de 36 meses, si se notifica adecuadamente al Plan sobre el segundo evento calificado. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y los hijos dependientes que obtengan la continuación de la cobertura COBRA si el cónyuge o el expleado fallece, adquiere derecho a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas), se divorcia o separa legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento calificado hubiera causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura bajo el Plan si no hubiera ocurrido el primer evento calificado.

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

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de cobertura COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros Médicos, Medicaid u otras opciones de cobertura de planes de salud grupales (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se denomina un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de cobertura COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

## **Si tiene preguntas**

Las preguntas relacionadas con su Plan o sus derechos de continuación de cobertura COBRA deben dirigirse al contacto o contactos identificados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de Ingresos para la Jubilación (Retirement Income Security Act, ERISA), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio, y otras leyes que afectan los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina Regional o Distrital de la Administración de Seguridad de Beneficios (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en su área o visite [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa). (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y distritales de EBSA están disponibles a través del sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov).

## **Mantenga a su Plan informado de los cambios de dirección**

Para proteger los derechos de su familia, informe al Administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. También debe conservar una copia, para sus registros, de cualquier notificación que envíe al Administrador del Plan.

## **Información de contacto del plan**

Comuníquese con Emily Babson en el departamento de Recursos Humanos de Plascore, Inc., 615 N. Fairview St, Zeeland, MI, 49461, teléfono **616-748-2209**.

# AVISOS LEGALES

---

## Aviso HIPAA

### **EN ESTE AVISO SE EXPLICA CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.**

Este Aviso de prácticas de privacidad ("Aviso") se aplica a la Información de salud protegida (defendida a continuación) asociada con Planes de salud grupales (definidos a continuación) proporcionada por PLASCORE a sus empleados, a los dependientes de sus empleados y, según corresponda, a los empleados jubilados. En este Aviso se explica cómo PLASCORE, colectivamente 'nosotros' o 'nuestros', puede usar y divulgar la Información de salud protegida para realizar pagos y operaciones de atención médica, y para otros fines permitidos o exigidos por la ley.

Estamos obligados por las normas de privacidad emitidas en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA") a mantener la privacidad de la información médica protegida y a proporcionar a las personas cubiertas por nuestro plan de salud grupal un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la Información médica protegida. Estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso mientras permanezca en vigor. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso de prácticas de privacidad según sea necesario y hacer efectivo el nuevo Aviso para toda la información médica protegida que mantenemos. Si realizamos cambios sustanciales en nuestras prácticas de privacidad, se enviarán por correo copias de los avisos revisados a todos los titulares de póliza que estén cubiertos por el Plan de salud grupal. Se pueden obtener copias de nuestro Aviso actual poniéndose en contacto con PLASCORE en el número de teléfono o dirección a continuación.

### **DEFINICIONES**

**Plan de salud grupal** significa, para los fines de este Aviso, los planes de beneficios para empleados que brindamos a nuestros empleados, dependientes de empleados y, según corresponda, empleados jubilados.

**Información médica protegida (Protected Health Information, PHI)** significa información médica identificable individualmente, según se define en la HIPAA, que creamos o recibimos y que se relaciona con la salud o condición física o mental pasada, presente o futura de un individuo; o el pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención médica a una persona; y que identifique al individuo o para la cual exista una base razonable para creer que la información puede usarse para identificar al individuo. La PHI incluye información de personas vivas o fallecidas.

### **USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que usamos y divulgamos la PHI. Para cada categoría de usos y divulgaciones, explicaremos lo que queremos decir y, cuando corresponda, brindaremos ejemplos con fines ilustrativos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones en una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite o se nos exige usar y divulgar la PHI se incluirán en una de las categorías.

**Su autorización:** excepto como se describe a continuación, no usaremos ni divulgaremos su PHI a menos que haya firmado un formulario que autorice el uso o la divulgación. Tiene derecho a revocar esa autorización por escrito, excepto en la medida en que hayamos tomado medidas en base a la autorización o que la autorización se haya obtenido como condición para obtener cobertura bajo el plan de salud grupal, y tengamos derecho, bajo otra ley, para impugnar un reclamo bajo la cobertura o la cobertura misma.

**Usos y divulgaciones para el pago:** podemos realizar solicitudes, usos y divulgaciones de su PHI según sea necesario para fines de pago. Por ejemplo, podemos utilizar información sobre sus procedimientos y tratamientos médicos para procesar o pagar reclamos. También podemos divulgar su PHI para fines de pago de un proveedor de atención médica o un plan de salud.

**Familiares y amigos involucrados en su cuidado:** si está disponible y no se opone, podemos divulgar su PHI a su familia, amigos y otras personas que estén involucradas en su atención o en el pago de un reclamo. Si no está disponible o está incapacitado, y determinamos que una divulgación limitada es lo mejor para usted, podemos compartir la PHI limitada con dichas personas. Por ejemplo, podemos usar nuestro criterio profesional para divulgar la PHI a su cónyuge en relación con el procesamiento de un reclamo.

**Socios de negocio:** a veces utilizamos personas u organizaciones externas para que nos ayuden a brindarle los beneficios de su plan de salud grupal. Ejemplos de estas personas y organizaciones externas pueden incluir proveedores que nos ayuden a procesar sus reclamos. En ocasiones, puede ser necesario que proporcionemos parte de su PHI a una o más de estas personas u organizaciones externas.

**Recuento de las divulgaciones de su PHI:** tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones hechas por nosotros de su PHI. Ejemplos de divulgaciones de las que estamos obligados a dar cuenta incluyen aquellas a los departamentos de seguros estatales, de conformidad con un proceso legal válido o con fines de aplicación de la ley. Para ser consideradas, sus solicitudes de recuento deben estar por escrito y firmadas por usted o su representante. Los formularios de solicitud de recuento están disponibles en la dirección a continuación. El primer recuento en cualquier período de 12 meses es gratuito; sin embargo, podemos cobrarle una tarifa por cada recuento posterior que solicite dentro del mismo período de 12 meses.



# AVISOS LEGALES

---

**Solicitud de comunicaciones confidenciales:** tiene derecho a solicitar que las comunicaciones relacionadas con su PHI se realicen por medios alternativos o en lugares alternativos. Por ejemplo, puede solicitar que los mensajes no se dejen en el correo de voz ni se envíen a una dirección en particular. Estamos obligados a atender solicitudes razonables si nos informa que la divulgación de toda o parte de su información podría ponerlo en peligro. Las solicitudes de comunicaciones confidenciales deben realizarse por escrito, estar firmadas por usted o su representante y enviarse a la dirección que figura a continuación.

**Derecho a una copia del aviso:** tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso si lo solicita poniéndose en contacto con nosotros al número de teléfono o la dirección a continuación.

**Quejas:** si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentarnos una queja por escrito a la dirección que figura a continuación. También puede presentar una queja por escrito ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en Washington D.C. dentro de los 180 días posteriores a la violación de sus derechos. No habrá represalias por presentar una queja.

## MÁS INFORMACIÓN

Si tiene preguntas o necesita más ayuda con respecto a este Aviso, puede comunicarse con la Oficina de Privacidad o Recursos Humanos de PLASCORE escribiendo a esta dirección:

**ATENCIÓN: PRIVACY OFFICE/Emily Babson**

**PLASCORE, INC.**

**615 N. FAIRVIEW RD.**

**ZEELAND, MI 49464**

O llamando a este número de teléfono:

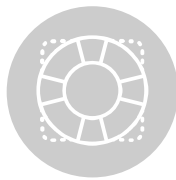
**616-772-1220**

## FECHA EFECTIVA

Este Aviso es efectivo inmediatamente.







#### ACERCA DE ESTA GUÍA

En este resumen de beneficios se proporcionan aspectos destacados seleccionados del programa de beneficios para empleados de Plascore Inc. No es un documento legal y no se interpretará como una garantía de beneficios ni de empleo continuo en la Compañía. Todos los planes de beneficios se rigen por pólizas maestras, contratos y documentos del plan. Cualquier discrepancia entre la información provista a través de este resumen y los términos reales de tales pólizas, contratos y documentos del plan se regirá por los términos de dichas pólizas, contratos y documentos del plan. Plascore Inc. se reserva el derecho de modificar, suspender o cancelar cualquier plan de beneficios, en su totalidad o en parte, en cualquier momento. La autoridad para realizar dichos cambios recae en el Administrador del Plan.