



2019

Inscripción abierta

El camino por delante, diseñado para usted

Descripción general de los beneficios de 2019

ATW se complace en presentar nuestro paquete de beneficios para el 2019. Se continuarán ofreciendo los mismos planes de beneficios en 2019, así como algunos beneficios nuevos que incluyen el Programa de asistencia al empleado, la indemnización para pacientes hospitalizados y la protección contra robo de identidad. No hay cambios en las contribuciones del empleado, con excepción de los planes determinados por edad si se pasa a un nuevo nivel.

Esta guía presenta los beneficios disponibles para usted y los costos que se deducirán de su pago de nómina si decide inscribirse. Léala atentamente a fin de hacer las mejores elecciones para usted y su familia en el año del plan 2019, que va desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2019.

Esta será una inscripción pasiva, lo que significa que sus elecciones actuales se transferirán a 2019 (a excepción de HSA) a menos que realice un cambio. La inscripción abierta se lleva a cabo una vez al año y es la única oportunidad para inscribirse o hacer cambios en sus beneficios de atención médica actuales sin un hecho de vida calificador.

ATW continuará ofreciendo tres opciones de planes médicos de las cuales elegir. **No hay cambios en las contribuciones ni en el diseño del plan.**

- ◀ Plan de salud autodirigido por el consumidor (CDHP)
- ◀ Organización de proveedores preferidos (PPO)
- ◀ Mínimo de cobertura esencial (MEC)

Si elige el CDHP y abre una cuenta de ahorros para gastos de salud (HSA), la compañía financiará esta cuenta con \$500 para cobertura individual o \$750 para cobertura familiar.

El plan de farmacia adjunto a los planes médicos CDHP y PPO será administrado por Express Scripts.

Si usted se inscribió en el plan médico, también tendrá acceso a un **programa de beneficios de telemedicina**. El beneficio de telemedicina le permite tener acceso a médicos certificados las 24 horas del día, los 7 días de la semana desde la comodidad del teléfono o a través de video consultas.

No hay cambios en los siguientes planes:

- ◀ Plan dental de MetLife
- ◀ Plan de la visión de Superior Vision
- ◀ Seguro por incapacidad a corto plazo (STD) de MetLife*
- ◀ Seguro de vida básico o por AD&D de MetLife
- ◀ Seguro de vida voluntario o por AD&D de MetLife
- ◀ Seguro por accidente de MetLife
- ◀ Seguro por enfermedad crítica de MetLife

La indemnización para pacientes hospitalizados es un nuevo beneficio ofrecido a través de MetLife, que proporciona un beneficio en efectivo para la admisión hospitalaria y la internación diaria.

La protección contra robo de identidad es un nuevo beneficio ofrecido a través de LifeLock, que supervisa su información personal para ayudar a prevenir el fraude.

El Programa de asistencia al empleado (EAP) estará disponible para todos los empleados a partir de ahora. Este beneficio no tiene costo alguno y le brinda acceso a asesores certificados las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

*Estos son planes determinados por edad y, por lo tanto, su prima puede ajustarse si se pasa a un nuevo nivel.

Todos los cambios se deben realizar a través de la línea de información sobre beneficios al 833-532-6892 antes del 26 de octubre.

- 4** Elegibilidad e inscripción
- 6** Lista de control para la inscripción abierta
- 7** Beneficios médicos
- 10** Beneficios de farmacia
- 11** Cuenta de ahorros para gastos de salud
- 15** Beneficios médicos: MEC
- 19** Salud complementaria



Mobile!

Para acceder a materiales de inscripción en línea, ingrese en atw.mybenefitslibrary.com

TABLA DE CONTENIDOS



- 23** Beneficios dentales
- 24** Beneficios de la visión
- 25** Beneficios para sobrevivientes
- 28** Protección de ingresos
- 29** Beneficios adicionales
- 31** Planificación para la jubilación
- 32** Glosario
- 37** Contactos importantes

Consulte la **página 34** para obtener información importante sobre la cobertura de Medicare Parte D.

En esta guía utilizaremos el término "Compañía" para referirnos a ATW. Esta guía tiene como propósito describir los requisitos de elegibilidad, los procedimientos de inscripción y las fechas de entrada en vigor de la cobertura para los beneficios ofrecidos por la Compañía. No es un documento legal del plan y no implica una garantía de empleo ni una continuación de beneficios. Si bien esta guía es una herramienta para responder la mayoría de sus preguntas, los detalles completos de los planes figuran en la Descripción resumida del plan (SPD), que rige el funcionamiento de cada plan. Cuando se necesite la interpretación de un beneficio, se utilizarán los documentos originales del plan.

Si desea más información, llame al 833-532-6892 (número gratuito) o visite atw.mybenefitslibrary.com.



ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

Usted es un miembro valioso para ATW, y su salud y bienestar son importantes para nosotros. Estamos orgullosos de brindarles a usted y a sus dependientes beneficios valiosos e importantes. Esta guía es un resumen de los beneficios disponibles para usted. Lea con atención para tomar las mejores decisiones para usted y su familia para el año del plan 2019 y consulte con su representante de RR.HH. por cualquier duda.

Usted y su familia tienen necesidades únicas y, por ese motivo, ATW le ofrece una variedad de planes de beneficios entre los que puede elegir. Cuando proceda, tenga en cuenta los beneficios de su cónyuge según su lugar de trabajo y la elegibilidad de sus dependientes cuando analice cada opción.

Elegibilidad

Si es un empleado de tiempo completo de ATW que regularmente debe trabajar al menos 30 horas por semana, será elegible para participar de los planes médicos, dentales, de la vista, de vida y por discapacidad, y otros beneficios adicionales.

¿Cuándo comienza la cobertura?

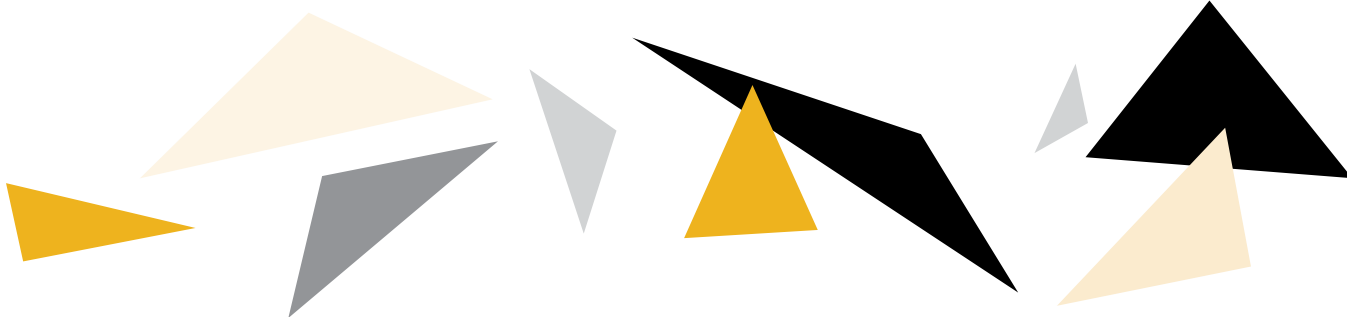
Las elecciones que usted realice durante el período de inscripción abierta entran en vigor el 1.º de enero de 2019.

Si es un empleado nuevo o recién es elegible para la cobertura, cualquier elección que haga se hará efectiva el primer día del mes luego de los 60 días de servicio. Debido a las normas del Servicio de Impuestos Internos (IRS), una vez que ha hecho sus elecciones para el año del plan 2019, no podrá cambiar los beneficios hasta el siguiente período de inscripción, a menos que experimente un hecho de vida calificador.

Dependientes elegibles

Los dependientes que reúnen los requisitos para obtener la cobertura de los planes de beneficios de ATW pueden ser los siguientes:

- ◀ Su cónyuge legal
- ◀ Los hijos de hasta 26 años (incluye hijos naturales, hijastros, hijos adoptados legalmente, niños colocados en adopción, niños en custodia temporal y niños cuya custodia legal le haya sido entregada a usted o a su cónyuge).
- ◀ Sus hijos dependientes, sin importar la edad que tengan, siempre que sean incapaces de mantenerse por sí mismos debido a una discapacidad mental o física, sean totalmente dependientes de usted para su sustento según se indica en su declaración de impuestos federales sobre el ingreso y cuenten con la aprobación de su plan médico para continuar la cobertura más allá de los 26 años.



Hechos de vida calificadoros

Cuando se produce uno de los siguientes eventos, se otorgan 30 días a partir de la fecha del evento para notificar a Recursos Humanos o solicitar cambios en la cobertura.

- Cambio en su estado civil legal (matrimonio, divorcio o separación legal).
- Cambio en la cantidad de dependientes (por ejemplo, por nacimiento o adopción o si un hijo ya no es un dependiente elegible).
- Cambio en el estado del empleo de su cónyuge (que tenga como consecuencia la pérdida u obtención de cobertura).
- Derecho a recibir Medicare o Medicaid.

Los cambios en la cobertura deben ser coherentes con su cambio de estado. Si tiene alguna pregunta sobre hechos de vida específicos y su posibilidad de solicitar cambios, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos.

Cómo prepararse para la inscripción

ATW ofrece a sus empleados la mejor cobertura posible. Como socio comprometido con su salud, ATW absorberá un monto significativo de los costos. Su parte de las contribuciones para beneficios médicos, dentales y de la visión se deduce antes de impuestos, lo cual reduce su responsabilidad impositiva. Tenga en cuenta que las contribuciones del empleado para la cobertura médica, dental y de la visión varían según el nivel de cobertura que elija. En general, cuanto mayor sea la cobertura, mayor será su contribución.

Tenga en cuenta que puede seleccionar cualquier combinación de categorías de cobertura para planes médicos, dentales o de la visión. Por ejemplo, podría seleccionar una cobertura médica para usted y toda su familia, y seleccionar cobertura dental y de la visión solamente para usted. El único requisito es que usted, como empleado elegible de ATW, debe optar por cobertura para usted mismo a fin de poder elegir alguna cobertura para dependientes. Asegúrese de tener los números de Seguro Social y las fechas de nacimiento de todos los dependientes elegibles a los que desea inscribir. Sin esta información, no podrá inscribir a sus dependientes.

¡Atención!

NO PODRÁ cambiar la selección de beneficios durante el año del plan a menos que ocurra un hecho de vida calificador, como pueden ser el matrimonio o el nacimiento o la adopción de un hijo.



LISTA DE CONTROL PARA LA INSCRIPCIÓN ABIERTA

Nota importante: esta es una inscripción pasiva, lo que significa que sus elecciones de beneficios actuales se transferirán al nuevo plan a menos que realice un cambio. No tendrá otra oportunidad de hacer cambios a sus elecciones de beneficios hasta el próximo período de inscripción abierta, a menos que experimente un hecho de vida calificador.

1. Revisión de planes médicos.

Revise esta Guía de inscripción abierta, que incluye detalles del plan y montos de primas para determinar el nivel de cobertura que necesita usted y su familia.

2. Revise los deducibles de los planes disponibles y el diseño del plan.

Los cambios en su deducible podrían impulsarlo a explorar otras opciones de plan. Si el corriente año planea tener un bebé o someterse a una cirugía compleja, piense bien en los costos médicos de desembolso y en el deducible. Continúe leyendo para obtener más información sobre los diversos deducibles del plan más adelante en la guía.

3. Evalúe su HSA.

Piense cuánto va a gastar en atención médica el próximo año; esto incluye servicios dentales y de la vista, recetas y más. Si se inscribe en CDHP, considere contribuir a una HSA para utilizar para gastos de atención de salud elegibles. Le recordamos que las contribuciones de HSA deben reelegirse cada año; estas no se transfieren.

4. Revisión y verificación del beneficio actual.

Verifique las elecciones de beneficios actuales y decida si debe realizar cambios o actualizaciones, incluidos sus beneficiarios del seguro de vida.

5. Llame a la Línea de información de beneficios para realizar cambios o realizar alguna consulta relacionada con los beneficios ATW para 2019.

TODOS LOS CAMBIOS SE DEBEN REALIZAR A TRAVÉS DE LA LÍNEA DE INFORMACIÓN DE BENEFICIOS AL 833-532-6892. Todos los cambios de beneficios se deben realizar antes del 26 de octubre de 2018.

Este es el único momento en que puede realizar cambios en sus beneficios actuales (inscripciones nuevas, cambios de plan, dependientes cubiertos) durante el año sin atravesar un hecho de vida calificador.

También habrá asesores de beneficios en lugares seleccionados durante el período de inscripción para responder preguntas y asistirlo respecto de cambios en los beneficios. Hable con su representante de Recursos Humanos para saber si los asesores visitarán su lugar de trabajo y cuándo lo harán.





BENEFICIOS MÉDICOS

Nuestra cobertura médica le ayuda a mantener su bienestar mediante la atención preventiva y el acceso a una extensa red de proveedores, así como también a través de medicamentos con receta. Las opciones de plan CDHP y PPO se ofrecen mediante GPA con las redes PHCS y HealthSmart. Elija el plan que se adapte mejor a sus necesidades y tenga en cuenta que la opción que elija estará vigente durante todo el año del plan 2019, a menos que experimente un hecho de vida calificador.

Primas médicas

Las contribuciones a la prima para la atención médica se deducirán de su salario antes de impuestos. El nivel de la cobertura determinará sus contribuciones semanales.

Cómo encontrar un proveedor

Para consultar una lista actual de proveedores de red PHCS, visite www.multiplan.com (seleccione médico solo dentro de la red) o llame al 877-312-7427. Si vive en el Dallas-Fort Worth Metroplex y se inscribe en el CDHP o PPO, su red de proveedores será la red HealthSmart. Para encontrar un proveedor HealthSmart, diríjase a www.healthsmart.com (seleccione médico/auxiliar solo por red) o llame al 214-574-3546.

Si no sabe a qué red tiene acceso, consulte el dorso de su tarjeta de identificación.

Información de la red

Las redes PHCS y HealthSmart son solo para servicios de médicos. Para servicios basados en centros como hospitales (hospitalizaciones/servicios ambulatorios), centros de hospitalización (centros de rehabilitación, centros de enfermería, etc.), centros de cirugía ambulatoria, clínicas de diálisis y otros centros de hospitalización o independientes, puede acceder a cualquier centro al mismo nivel de cobertura.

Información de beneficios y estado de reclamos

Si tiene preguntas sobre la cobertura de beneficios médicos o sobre el estado de un reclamo, comuníquese con GPA al 800-827-7223 o a www.gpatpa.com.

Teladoc

Si usted se inscribió en uno de los planes médicos CDHP o PPO, tendrá acceso al programa benéfico de telemedicina a través de Teladoc. Teladoc le permite tener acceso a médicos certificados en Estados Unidos las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año desde la comodidad del teléfono o a través de video consultas. La mayoría de las visitas toman menos de 10 minutos, y los médicos pueden hacer una receta, en caso de ser necesario, que puede retirar en su farmacia local.

Puede recibir tratamiento para una amplia variedad de enfermedades que no sean de emergencia, entre ellas, alergias, conjuntivitis, resfriado/gripe, infección de los senos paranasales e infecciones de los oídos. El costo de la consulta es \$45 y se aplicará a su máximo de desembolso del año calendario. Para tener acceso a Teladoc, visite www.teladoc.com o llame al 800-835-2362.



¡Atención!

Aproveche la atención preventiva ofrecida por un médico de la red. ¡Así podrá ahorrar tiempo y dinero a largo plazo!



BENEFICIOS MÉDICOS

Resumen del plan médico

La siguiente tabla presenta un resumen de la cobertura médica para el 2019 brindada por GPA. Tiene la opción de elegir entre el plan de salud autodirigido por el consumidor (CDHP) o el plan PPO. Todos los servicios cubiertos están sujetos a necesidad médica según lo determina el plan. Tenga en cuenta que todos los servicios fuera de la red están sujetos a limitaciones razonables y habituales (RyC).

CDHP			PPO			
	SEMANAL (52)	BISEMANAL (26)	DOS VECES AL MES (24)	SEMANAL (52)	BISEMANAL (26)	DOS VECES AL MES (24)
CONTRIBUCIONES DEL EMPLEADO						
EMPLEADO SOLAMENTE	\$27.69	\$55.38	\$60.00	\$36.92	\$73.85	\$80.00
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$88.85	\$177.69	\$192.50	\$133.27	\$266.54	\$288.75
EMPLEADO + HIJO(S)	\$51.92	\$103.85	\$112.50	\$73.85	\$147.69	\$160.00
EMPLEADO + FAMILIA	\$115.38	\$230.77	\$250.00	\$173.08	\$346.15	\$375.00
	DENTRO DE LA RED		FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED		FUERA DE LA RED
CONTRIBUCIÓN DEL EMPLEADOR PARA LA HSA						
INDIVIDUAL	\$500			N/D		
FAMILIAR	\$750			N/D		
DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO						
INDIVIDUAL	\$2,700	\$7,500	\$3,000	\$6,000		
FAMILIAR	\$5,400	\$15,000	\$6,000	\$12,000		
COSEGURO						
COSEGURO (USTED PAGA)	20 %*	40 %*	0 %*	40 %*		
DESEMBOLSO MÁXIMO POR AÑO CALENDARIO (INCLUYE DEDUCIBLE)						
INDIVIDUAL	\$4,000	\$12,000	\$6,350	\$12,700		
FAMILIAR	\$8,000	\$24,000	\$12,700	\$25,400		
COPAGO/COSEGURO (USTED PAGA)						
ATENCIÓN PREVENTIVA	0 %	40 %*	\$0	40 %*		
MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO	20 %*	40 %*	Copago de \$40	40 %*		
VISITA AL ESPECIALISTA	20 %*	40 %*	Copago de \$75	40 %*		
ATENCIÓN URGENTE	20 %*	40 %*	Copago de \$75	40 %*		
SALA DE EMERGENCIAS	20 %*	20 %*	Copago de \$300	Copago de \$300		

*Después del deducible

Las redes PHCS y HealthSmart son solo para servicios de médicos. Para servicios basados en centros como hospitales (hospitalizaciones/servicios ambulatorios), centros de hospitalización (centros de rehabilitación, centros de enfermería, etc.), centros de cirugía ambulatoria, clínicas de diálisis y otros centros de hospitalización o independientes, puede acceder a cualquier centro al mismo nivel de cobertura.

OOP/deducible familiar máximo:

Cuando un familiar alcanza su deducible individual, el coseguro se encontrará disponible para tal miembro. Una vez que dos o más familiares alcancen el deducible familiar, todos los familiares tendrán sus gastos médicos pagos de acuerdo con la cobertura del plan, aún si no han alcanzado sus deducibles individuales.

CDHP

El plan de salud autodirigido por el consumidor (CDHP), junto con una cuenta de ahorros para gastos de salud (HSA) es un plan de salud innovador que ayuda a reducir los costos de atención de salud. Al hacer que usted participe de manera activa en las decisiones sobre su atención de salud, este tipo de plan le proporciona más opciones, flexibilidad y control sobre cómo gasta sus dólares en atención de salud.

Con el CDHP, paga costos completos para todos los gastos médicos (excepto cuidado preventivo) hasta que alcance su deducible anual. Una vez que alcanza su deducible anual, comparte el costo de los servicios cubiertos con el plan mediante un arreglo de coseguro hasta alcanzar su máximo de desembolso anual. Si se inscribe en un plan CDHP, tiene la opción de abrir una cuenta de ahorros para gastos de salud (HSA) para tener dólares antes de impuestos para utilizarlos en gastos de atención de salud elegibles. Para obtener más información, consulte la página 11.

Aspectos clave

- ◀ Cobertura del 100 % de cuidado preventivo y de bienestar con proveedores de la red.
- ◀ Ciertas recetas preventivas sin cargo, con un deducible eximido.
- ◀ Sin copagos, para una mayor transparencia de costos.
- ◀ Todos los gastos médicos pagos calificados de los empleados cuentan para el máximo de desembolso y del deducible.

Proceso de ELAP: Importante

Si recibe facturación del saldo de un proveedor, envíela a ELAP por correo electrónico, fax o correo postal lo antes posible. Confirme que pagó todos sus gastos de desembolso, que incluyen copagos, deducibles o montos de coseguro que deba al proveedor, como se menciona en la explicación de beneficios que recibió en la GPA cuando se pagó inicialmente el reclamo. Contacte a GPA en el número al dorso de su tarjeta de identificación si tiene preguntas sobre gastos de desembolso.

Comparación de centros de atención urgente y salas de emergencias independientes

Las salas de emergencias independientes pueden parecerse mucho a los centros de atención urgente, pero los costos y los servicios pueden ser muy diferentes. En general, piense en el centro de atención urgente como una extensión de su médico de atención primaria. La sala de emergencias independiente, en cambio, debe ser utilizada para afecciones que requieren un nivel de atención más complejo. Investigue cuáles son las opciones disponibles en su área y cuáles están cubiertas por la red del plan de seguro; tenga en cuenta que puede aplicarse un saldo de facturación. Si elige un centro de atención urgente para los problemas de salud cotidianos en vez de una sala de urgencias (ER), podría ahorrar cientos de dólares.

¡Atención!

Si recibe una factura de un proveedor médico o compañía de recolección, contáctese con ELAP Services inmediatamente a balancebills@elapservices.com o al 800-977-7381.



BENEFICIOS DE FARMACIA

Cobertura de medicamentos con receta para los planes médicos

RxBenefits administra nuestro programa de medicamentos con receta, con el formulario y red de Express Scripts.

Tendrá una tarjeta de identificación que incluye información para la atención médica y las recetas. Puede encontrar información sobre su cobertura de beneficios y buscar farmacias de la red si inicia sesión en www.expressscripts.com o llama al número del Servicio de Atención al Cliente que figura en su tarjeta de identificación.

El costo se determina según el nivel asignado al medicamento con receta. Todos los productos de la lista están designados como genéricos, preferidos, no preferidos o especializados.

DEDUCIBLE PARA MEDICAMENTOS CON RECETA	CDHP		PPO	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
	Combinado con médicos		Deducción individual: \$100 Deducción familiar: \$300 se aplica a medicamentos de marca	
MEDICAMENTO CON RECETA AL POR MENOR (ABASTECIMIENTO DE HASTA 30 DÍAS)				
GENÉRICO	20 %*	20 %*	Copago de \$5	Copago de \$5
PREFERIDO	20 %*	20 %*	Copago de \$30	Copago de \$30
NO PREFERIDO	20 %*	20 %*	Copago de \$50	Copago de \$50
ÓRDENES POR CORREO DE MEDICAMENTO CON RECETA (SUMINISTRO DE HASTA 90 DÍAS)				
GENÉRICO	20 %*	20 %*	Copago de \$10	\$10
PREFERIDO	20 %*	20 %*	Copago de \$60	\$60
NO PREFERIDO	20 %*	20 %*	Copago de \$100	\$100
DE ESPECIALIDAD	20 %*	20 %*	Copago del 20 % hasta un máx de \$500	Copago del 20 % hasta un máx de \$500

*Después del deducible



CUENTA DE AHORROS PARA GASTOS DE SALUD

Ocúpese de sus gastos de atención de la salud con una cuenta de ahorros para gastos de salud (Health Savings Account, HSA). Las contribuciones a una HSA están libres de impuestos, al igual que las extracciones para gastos médicos calificados.

Su HSA puede utilizarse para gastos calificados, incluidos los de su cónyuge o dependientes a los fines fiscales, incluso si no están cubiertos por su plan. Si no está inscrito en un Plan CDHP, pero cuenta con fondos HSA sin usar en una cuenta previa, dichos fondos pueden utilizarse para gastos médicos calificados.

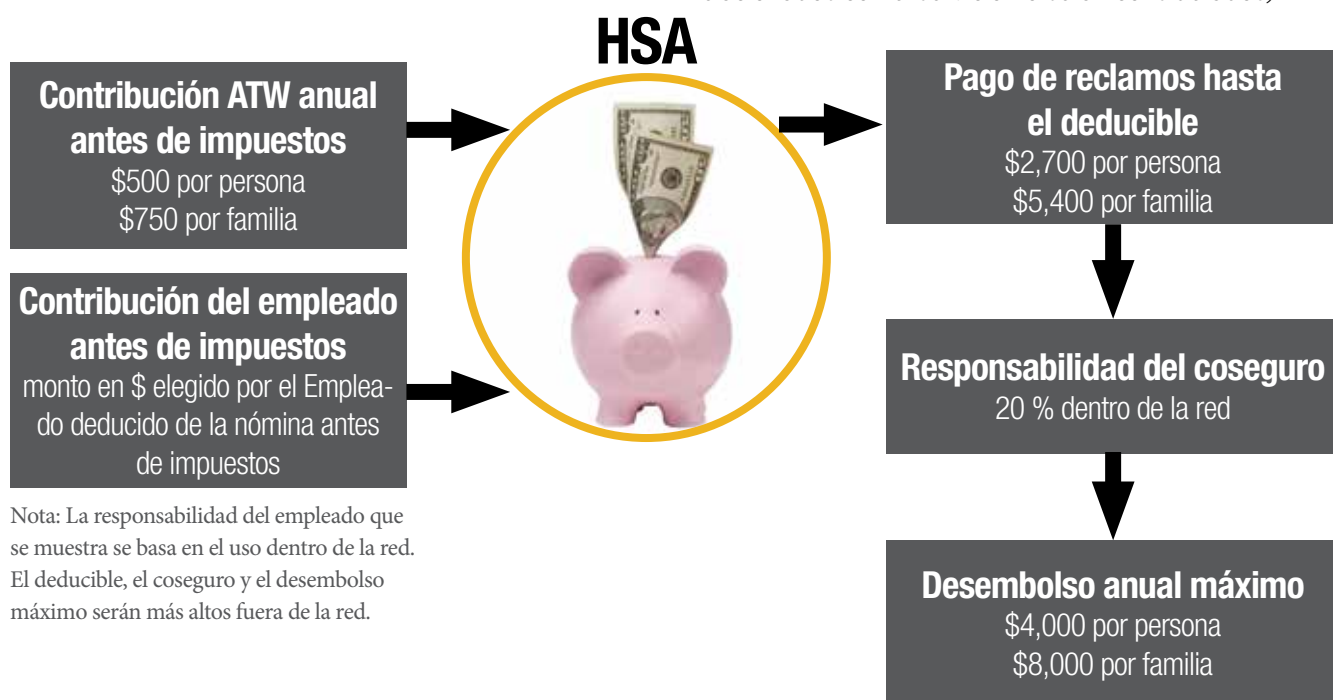
Los gastos elegibles incluyen las visitas a consultorios médicos, exámenes de la vista, gastos de prescripciones, cirugía ocular láser y más. La publicación 502 del IRS brinda una lista completa de gastos elegibles; esta lista puede encontrarse en www.irs.gov.

Elegibilidad

Usted es elegible para abrir y financiar una HSA en los siguientes casos:

- Está inscrito en un plan de salud autodirigido por el consumidor elegible para una HSA.
- No está cubierto por el plan de salud de su cónyuge, el cual no es un plan de salud CDHP.
- Su cónyuge no tiene una Cuenta de gastos médicos flexibles o una Cuenta de reembolso de gastos médicos.
- No es elegible para ser declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.
- No está inscrito en Medicare o TRICARE.
- No recibió beneficios médicos del Departamento de Asuntos de los Veteranos en los últimos 90 días para atención no relacionada con el servicio. (Los cuidados relacionados con el servicio no serán considerados).

Cómo funciona



¡Atención!

Una HSA es una excelente manera de ahorrar para las necesidades de atención médica tras la jubilación. Intente contribuir el monto máximo permitido por año.

Cómo inscribirse

Debe elegir el CDHP con ATW para ser elegible para inscribirse. Deberá completar todos los materiales de inscripción en su HSA y designar la suma que desea contribuir antes de impuestos. ATW abrirá una HSA a su nombre y enviará su contribución una vez que se proporcione y se verifique la información de la cuenta bancaria.

Nota: Si en la actualidad posee una HSA con Optum Bank que se creó previamente con la compañía, no deberá hacer nada. Su cuenta actual se mantendrá activa.

Maximizar sus ahorros de impuestos

Las contribuciones a una HSA están libres de impuestos (pueden realizarse a través de deducciones de su pago de nómina antes de los impuestos al abrir una cuenta con Optum Bank). El dinero de esta cuenta (incluidos los intereses e ingresos por inversión) aumenta libre de impuestos. Mientras los fondos se utilicen para pagar los gastos médicos calificados, estarán libres de impuestos.

Conforme a las normas del IRS, si los fondos HSA se utilizan con otros fines que no sean los gastos médicos calificados y usted tiene menos de 65 años, deberá pagar un impuesto federal sobre ingresos por el monto extraído, más un impuesto del 20 % como multa.

Límites de financiamiento de la HSA

Todos los años, el IRS determina un límite para el monto máximo que puede contribuirse a las HSA. Para 2019, las contribuciones (que incluyen cualquier contribución del empleador) tendrán los siguientes límites:

LÍMITES DE FINANCIAMIENTO DE LA HSA	
EMPLEADO	\$3,500
FAMILIAR	\$7,000
CONTRIBUCIÓN DE ACTUALIZACIÓN (MAYORES DE 55 AÑOS)	\$1,000

ATW proporcionará una contribución del empleador para la HSA que se depositará semestralmente.

CONTRIBUCIONES DEL EMPLEADOR PARA LA HSA	
EMPLEADO	\$500
FAMILIAR	\$750

Las contribuciones a la HSA que excedan los límites de la contribución anual IRS (\$3,500 para una cobertura individual y \$7,000 para una cobertura familiar para 2019) no son deducibles de impuestos y por lo general están sujetas a un impuesto especial del 6 %.

Si ha contribuido mucho en su HSA este año, puede realizar una de estas dos acciones:

- ◀ Quitar las contribuciones excedentes y el ingreso neto atribuible al exceso de contribución antes de presentar su declaración de impuestos federales sobre los ingresos (incluidas las extensiones). Pagará impuesto a los ingresos por el exceso que retire de su HSA.
- ◀ Dejar las contribuciones excedentes en su HSA y pagar un impuesto especial del 6 % por las contribuciones excedentes. El año que viene considere contribuir menos que el límite anual en su HSA para compensar la contribución excedente durante el año anterior.

La HSA de ATW se establecerá con Optum Bank. Es posible que pueda transferir fondos desde otra HSA. Para obtener más información sobre la inscripción, contáctese con el Departamento de Recursos Humanos.

¡Atención!

Las contribuciones de la HSA deben reelegirse cada año; estas no se transferirán. Sin embargo, su cuenta permanecerá abierta aunque se reciban una elección nueva.



OPCIONES DEL PLAN: ¿Cuál es la opción adecuada para usted?

Plan PPO

Prima mayor, deducible más alto
Mayores costos de desembolso

CDHP

Prima menor, deducible más bajo
Menores costos de desembolso

CASO 1: DAVID

(USUARIO BAJO DE ATENCIÓN DE SALUD)

David tiene 26 años y recién está iniciando su carrera. Tiene pocas necesidades de atención médica más allá de los exámenes y las pruebas preventivas (con cobertura del 100 % cuando utiliza proveedores dentro de la red). David es soltero, no tiene hijos y gana \$32,000 al año. No anticipa grandes gastos de atención médica para 2019 y desea gastar tan poco como sea posible en el cuidado de la salud.

COSTO DEL PLAN CON DESCUENTOS DENTRO DE LA RED	CDHP	PPO
VISITA PREVENTIVA: 1	\$0	\$0
VISITA AL MÉDICO POR ATENCIÓN PRIMARIA: 1	\$85	\$40
VISITA A MÉDICO ESPECIALISTA: 1	\$125	\$75
RADIOGRAFÍAS: GENÉRICO AL POR MENOR: 3	\$45	\$15
COSTO TOTAL DE DESEMBOLSO POR SERVICIOS PARA DAVID	\$255	\$130
CONTRIBUCIÓN DE NÓMINA POR EL PLAN MÉDICO ANUAL DE DAVID	\$1,440	\$1,920
CONTRIBUCIÓN 2019 A HSA DE ATW	\$500	—
COSTO TOTAL DE DAVID (SERVICIOS MÁS CONTRIBUCIONES DE NÓMINA DE PRIMAS) MENOS CONTRIBUCIÓN DE HSA DE ATW	\$1,195	\$2,050

Elección de David

La elección preferida de David es el plan **CDHP con HSA**. La prima mínima del plan se ajusta a su presupuesto y aun así obtiene cuidados preventivos constantes sin costo adicional. A pesar de que su deducible es más alto, la HSA proporciona una red de protección en caso de que enfrente inconvenientes médicos inesperados. A David le agradan las ventajas impositivas de la Cuenta de ahorros de salud, ya que puede utilizarla para pagar sus gastos en un plazo cercano y guardar el saldo para pagar gastos de atención médica en el futuro.

David planea contribuir con \$480 en su HSA durante 2019, que es el monto que ahorró en primas en comparación con el Plan PPO. A pesar de que las contribuciones se deducen de su salario, están libres de impuestos, lo que reduce la base imponible. Además, las ganancias e intereses de su HSA están libres de impuestos, al igual que las extracciones que realiza al utilizar los ahorros de la cuenta para gastos de atención médica calificados! Si no utiliza el dinero en 2019, se puede utilizar durante el año siguiente para gastos futuros.

AVISO LEGAL:

Tenga en cuenta que estos casos son solo ejemplos. Su experiencia real podría variar. Todos los gastos consideran el uso de proveedores dentro de la red y son gastos elegibles conforme al plan.

CASO 2: LISA

(GASTOS MODERADOS DE ATENCIÓN DE SALUD)

Lisa tiene 55 años y es soltera. Es saludable, pero tiene algunas necesidades de atención médica. Planea tener una cirugía ortopédica ambulatoria este año. Ella sufre de alergias y todos los años visita a un centro de atención de urgencias por una sinusitis para obtener una receta. Recibe una receta para genéricos de mantenimiento, la cual solicita a través de un pedido por correo.

COSTO DEL PLAN CON DESCUENTOS DENTRO DE LA RED	CDHP	PPO
EXÁMENES PREVENTIVOS: 1 TOTAL	\$0	\$0
VISITA AL ESPECIALISTA: 2 TOTAL	\$250	\$150
VISITA AL CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS	\$150	\$75
VENTA AL POR MENOR DE GENÉRICOS BAJO RECETA: 1 TOTAL	\$15	\$5
CIRUGÍA AMBULATORIA DEDUCIBLE Y COSEGURO	\$3,560	\$3,000
PEDIDO POR CORREO DE MANTENIMIENTO DE GENÉRICOS BAJO RECETA (12 MESES)	\$25 (Máx. de desembolso alcanzado)	\$40
MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO: 1 TOTAL	\$0 (Máx. de desembolso alcanzado)	\$40
COSTO DE ATENCIÓN MÉDICA TOTAL DE LISA	\$4,000	\$3,310
CONTRIBUCIONES DE NÓMINA ANUAL DE LISA	\$1,440	\$1,920
CONTRIBUCIÓN 2019 A LA HSA DE ATW	\$500	—
COSTO TOTAL DE LISA (SERVICIOS MÁS CONTRIBUCIONES DE NÓMINA DE PRIMAS)	\$4,940	\$5,230

Elección de LISA

Aunque LISA se beneficiará de los montos fijos de copago con el PPO, en realidad sale adelante gracias al máximo de desembolso más bajo, contribuciones de primas más bajas y la contribución de HSA del empleador.

AVISO LEGAL:

Tenga en cuenta que estos casos son solo ejemplos. Su experiencia real podría variar. Todos los gastos consideran el uso de proveedores dentro de la red y son gastos elegibles conforme al plan.



BENEFICIOS MÉDICOS: MEC

Los planes de mínimo de cobertura esencial (Minimum Essential Coverage, MEC) se ofrecen a través de Century Healthcare y utilizan la red PHCS. Los planes MEC incluyen cobertura 100 % para cuidado preventivo, además de cobertura de indemnización fija limitada que ofrece beneficios completos. La cobertura de indemnización fija limitada está diseñada para ayudarlo a manejar gastos médicos como visitas consultorios médicos y a la sala de emergencias, hospitalizaciones, pruebas de diagnóstico y hasta medicamentos con receta de hasta ciertos niveles de beneficios con límites preestablecidos. Tenga en cuenta que la opción que elija estará vigente durante todo el año del plan 2019, a menos que experimente un hecho de vida calificador.

Primas médicas

Las contribuciones a la prima para la atención médica se deducirán de su salario antes de impuestos. Su nivel de cobertura determinará su prima semanal.

	MEC		
	SEMANAL (52)	BISEMANAL (26)	DOS VECES AL MES (24)
CONTRIBUCIONES DEL EMPLEADO			
EMPLEADO SOLAMENTE	\$16.66	\$33.33	\$36.11
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$35.22	\$70.44	\$76.32
EMPLEADO + HIJO(S)	\$29.43	\$58.86	\$63.77
EMPLEADO + FAMILIA	\$46.28	\$29.56	\$100.27

Cómo encontrar un proveedor

Para consultar una lista actual de proveedores de PHCS Limited Benefit Network, visite www.multipplan.com o llame al 888-371-7427.

Servicios preventivos

Todos los servicios preventivos como los especifica la Ley de Atención Asequible como exámenes físicos anuales, mamografías, pruebas de Papanicolaou, exámenes preventivos de detección de cáncer, análisis de laboratorio y radiografías de rutina y vacunas. Estos servicios están cubiertos al 100 % a través de proveedores de la red.

Telemedicina

Si usted se inscribió en el plan médico de Century Healthcare, tendrá acceso al programa benéfico de telemedicina a través de Healthiest You. Acceda las 24 horas del día, los 7 días de la semana a un médico para que le proporcione una consulta, diagnóstico y receta (si es necesaria). Los médicos de Healthiest You tratan enfermedades no urgentes como alergias, bronquitis, dolor de oídos, sinusitis, conjuntivitis, faringitis estreptocócica e infección de las vías respiratorias superiores. La consulta es gratuita y no se aplica como visita del médico bajo su plan. Para hablar con un doctor, llame al 866-703-1259 o visite member.healthiestyou.com.

¡Atención!

El plan médico MED satisface la disposición individual del gobierno para la cobertura del seguro. Tenga en cuenta que cada categoría cubierta tiene un beneficio máximo que se pagará durante el año del plan. Cualquier visita/costo que supere el máximo será pagado por el empleado.

Resumen del plan médico MEC

La tabla a continuación ilustra la cobertura médica MEC de 2019 provista por Century Healthcare. Todos los servicios cubiertos están sujetos a necesidad médica según lo determina el plan.

PLAN DE VALOR DE RED PHCS PPO DE CENTURY HEALTHCARE

ATENCIÓN MÉDICA		
SERVICIOS PREVENTIVOS		Cobertura del 100 %
VISITA AL CONSULTORIO DEL DOCTOR		\$50/día (6 días)
TELEMEDICINA		Cubiertas al 100 % por la app HealthiestYou
RADIOGRAFÍAS PARA PACIENTES AMBULATORIOS		\$50/día (2 días)
SERVICIOS DE LABORATORIO PARA PACIENTES AMBULATORIOS		\$10/día (3 días)
ESTUDIOS AVANZADOS (TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA, ESCÁNER PET, RESONANCIA MAGNÉTICA)		\$200/día (1 día)
SALA DE EMERGENCIAS (1 ENFERMEDAD)		\$100/día (1 día)
BENEFICIOS DE CIRUGÍA AMBULATORIA/CON INTERNACIÓN		IP \$500 (1 cirugía) u OP \$250 (1 cirugía)
BENEFICIO DE ANESTESIA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS/AMBULATORIOS (1 CIRUGÍA IP O 1 OP)		IP \$125 OP \$62.50
PRIMER INTERNAMIENTO HOSPITALARIO (BENEFICIO PAGO POR PRIMERA VEZ ADEMÁS DEL INTERNAMIENTO HOSPITALARIO)		\$500/día (día 1)
INTERNACIÓN EN HOSPITAL		\$100/día (30 días)
CONFINAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS		\$100/día (30 días)
CONFINAMIENTO POR ENFERMEDAD MENTAL		\$100/día (30 días)
CONFINAMIENTO EN EL CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA		\$100/día (30 días)
ACCIDENTE MÉDICO (\$100 DE DEDUCIBLE POR OCURRENCIA)		Hasta \$5,000 por ocurrencia
FARMACIA		
MÁXIMO MENSUAL		
	EMPLEADO	\$100
	FAMILIAR	\$200
NIVEL 1		
	MAYORÍA DE GENÉRICOS	Copago de \$10
NIVEL 2		
	ALGUNOS GENÉRICOS, NOMBRE DE MARCA PREFERIDA/DE FORMULARIO	\$50 o el 50 %, el monto que sea superior
NIVEL 3		
	NO PREFERIDOS/MEDICAMENTOS DE MARCA QUE NO FIGURAN EN EL FORMULARIO	EE paga el 100 % después de descuentos
SEGURO DE VIDA/POR AD&D		
	SEGURO DE VIDA POR PERIODO PARA EMPLEADOS	\$10,000
POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO		
	EMPLEADO	\$15,000
	CÓNYUGE	\$7,500
	HIJOS	\$3,000



ATENCIÓN PREVENTIVA

¿Sabía que la mayoría de los planes de salud deben cubrir una serie de servicios preventivos, tales como inyecciones y pruebas de detección sin costo? Consulte a su médico de atención primaria para mantenerse al día con los servicios preventivos. Detectar y tratar las enfermedades de manera temprana le ahorrará tiempo y dinero, y promoverá un estilo de vida saludable a largo plazo.

Cualquier prueba de detección realizada para detectar una enfermedad en etapa temprana se considera un servicio preventivo. Gracias a la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible de Estados Unidos, muchos servicios, exámenes y suministros se pagan al 100 %, lo que incluye, pero no se limita a, los siguientes:

- Consultas de bienestar, exámenes físicos anuales y vacunas de rutina
- Exámenes de presión arterial, cáncer, colesterol, depresión, obesidad y diabetes tipo 2.
- Exámenes pediátricos de audición, visión, obesidad, depresión, autismo y trastornos de crecimiento.
- Exámenes de anemia, asistencia en lactancia materna y bombas de succión de leche a mujeres embarazadas y lactantes
- Suplementos de hierro (para niños de 6 a 12 meses con riesgo de anemia)

Puntos claves para recordar:

- Muchos servicios de atención y exámenes preventivos están cubiertos al 100 %. Puede encontrar una lista de los servicios cubiertos en sus documentos del plan.
- Piense en las visitas de cuidado preventivo como chequeos de rutina. Durante una visita preventiva pueden indicarse estudios como inmunizaciones, medición de la presión arterial y del colesterol, exámenes de detección de diabetes, o asesoramiento sobre el peso saludable.
- La atención diagnóstica para identificar posibles riesgos para la salud está cubierta de acuerdo con los beneficios del plan, incluso si se recomienda o se practica durante una visita de cuidado preventivo.
- Si su médico encuentra un riesgo específico de salud o un nuevo trastorno médico durante su cita, puede facturar esos servicios como medicina de diagnóstico. Estos tipos de servicios de diagnóstico podrían resultar en gastos de desembolso para usted (es decir, deducibles, coseguro o copagos), ya que no se consideran como cuidado preventivo.

Revise su resumen de beneficios para consultar qué servicios preventivos tiene disponibles sin costo.



PREGUNTAS Y RESPUESTAS: MEDICAMENTOS GENÉRICOS

¿Qué es un medicamento genérico?

Los medicamentos genéricos son copias de medicamentos de marca que tienen exactamente la misma dosis, propósito, efectos, efectos secundarios, vía de administración, riesgos, seguridad y concentración que el medicamento original. En otras palabras, sus efectos farmacológicos son exactamente los mismos que los de sus equivalentes de marca.

¿Son tan eficaces como los medicamentos de marca?

Sí. Un medicamento genérico tiene la misma dosis, seguridad, concentración y calidad que un medicamento de marca, y funciona, se toma y debe utilizarse de la misma manera. La FDA exige que los medicamentos genéricos tengan la misma calidad, concentración, pureza y estabilidad que tienen los medicamentos de marca.

¿Qué estándares deben alcanzar los medicamentos genéricos?

Los profesionales de la salud y los consumidores pueden estar seguros de que los medicamentos genéricos aprobados por la FDA han cumplido los mismos estándares estrictos que el medicamento innovador. Para obtener la aprobación de la FDA, un medicamento genérico debe:

- contener los mismos ingredientes activos que el medicamento innovador (los ingredientes inactivos pueden variar);
- ser idénticos en concentración, forma y vía de administración;
- tener las mismas indicaciones de uso;
- ser bioequivalente;
- cumplir con los mismos requisitos de lote para la identidad, concentración, pureza y calidad
- ser fabricado según los mismos estándares estrictos de las regulaciones de las buenas prácticas de fabricación de la FDA requeridas para los productos innovadores.

¿Son los medicamentos genéricos mucho más económicos que los medicamentos de marca?

Sí. En promedio, el costo del medicamento genérico es entre un 80 % y un 85 % más bajo que el del medicamento de marca equivalente.

¿Hay un medicamento genérico equivalente para mi medicamento de marca?

Para averiguar si hay un medicamento genérico equivalente a su medicamento de marca, visite la página www.fda.gov para ver el catálogo de los medicamentos aprobados por la FDA y la información sobre el etiquetado de los medicamentos.



SALUD COMPLEMENTARIA

ATW sabe de la importancia de contar con empleados polifacéticos y equilibrados, razón por la cual ofrecemos una variedad de beneficios adicionales para ayudarlo a manejar las presiones diarias. El Seguro voluntario contra enfermedades críticas, contra accidentes y la indemnización para pacientes hospitalizados se ofrecen a tarifas con descuento grupales a través de MetLife.

Cobertura por enfermedad crítica

La cobertura por enfermedad crítica, disponible mediante MetLife, está diseñada para ayudarlo a compensar los efectos financieros de una enfermedad catastrófica con una suma global si a usted o un ser querido se los diagnostica con una enfermedad crítica cubierta. El beneficio por enfermedad crítica se basa en la cantidad de cobertura en efecto a la fecha de diagnóstico de una enfermedad crítica o la fecha en la que se recibe tratamiento de acuerdo con los términos y disposiciones de la póliza.

- Las tarifas se fijan en su edad actual
- Se aplican condiciones ya existentes; vea los documentos del plan para más detalles
- Se pagará un beneficio de bienestar anual de \$50 si se completan ciertos exámenes de bienestar

Las tarifas que se muestran a continuación son para un no consumidor de tabaco. Las tarifas para consumidores de tabaco son diferenciadas, y se las puede encontrar en el resumen de beneficios por enfermedad crítica en atw.mybenefitslibrary.com.

Tarifas para empleados

Las tarifas a continuación se basan en una deducción de nómina semanal. Si se le paga en un ciclo de nómina diferente, se necesitará convertir la tarifa.

- Tarifa semanal X 52 / 26 = **tarifa bisemanal**
- Tarifa semanal X 52 / 24 = **tarifa de dos veces al mes**

LOS BENEFICIOS DEBAJO SON PAGADEROS AL 100 % DE SU MONTO DE COBERTURA:

- Enfermedad de Alzheimer
- Injerto de baipás en arteria coronaria
- Beneficio completo por cáncer
- Accidente cerebrovascular
- Ataque cardíaco
- Insuficiencia renal
- Trasplante de órgano mayor

LOS BENEFICIOS DEBAJO SON PAGADEROS AL 25% DE SU MONTO DE COBERTURA:

- Beneficio parcial por cáncer
- Enfermedad de Addison
- Esclerosis lateral amiotrófica
- Meningitis cerebroespinal
- Parálisis cerebral
- Fibrosis quística
- Difteria
- Encefalitis
- Enfermedad de Huntington
- Enfermedad del legionario
- Malaria
- Esclerosis múltiple
- Distrofia muscular
- Miastenia grave
- Fascitis necrotizante
- Osteomielitis
- Poliomielitis
- Rabia
- Anemia de células falciformes
- Lupus eritematoso sistémico
- Esclerosis sistémica
- Tétanos
- Tuberculosis

PLAN BASE (TARIFAS SEMANALES)

EMPLEADO = \$15,000; CÓNYUGE = \$7,500; HIJO(S) = \$7,500

EDAD DEL EMPLEADO	EMPLEADO SOLAMENTE	EMPLEADO + CÓNYUGE	EMPLEADO + HIJOS	EMPLEADO + FAMILIA
<25	\$1.77	\$2.77	\$2.39	\$3.36
25-29	\$1.77	\$2.77	\$2.39	\$3.36
30-34	\$2.60	\$3.74	\$3.18	\$4.36
35-39	\$3.70	\$5.26	\$4.29	\$5.85
40-44	\$5.88	\$8.10	\$6.51	\$8.72
45-49	\$8.38	\$11.46	\$8.97	\$12.08
50-54	\$11.53	\$15.65	\$12.15	\$16.27
55-59	\$14.82	\$20.11	\$15.44	\$20.70
60-64	\$18.21	\$24.75	\$18.83	\$25.37
65-69	\$20.25	\$27.93	\$20.84	\$28.56
70 años o más	\$23.78	\$33.02	\$24.40	\$33.61

PLAN PLUS (TARIFAS SEMANALES)

EMPLEADO = \$30,000; CÓNYUGE = \$15,000; HIJO(S) = \$15,000

EDAD DEL EMPLEADO	EMPLEADO SOLAMENTE	EMPLEADO + CÓNYUGE	EMPLEADO + HIJOS	EMPLEADO + FAMILIA
<25	\$3.53	\$5.54	\$4.78	\$6.72
25-29	\$3.53	\$5.54	\$4.78	\$6.72
30-34	\$5.19	\$7.48	\$6.37	\$8.72
35-39	\$7.41	\$10.52	\$8.58	\$11.70
40-44	\$11.77	\$16.20	\$13.02	\$17.45
45-49	\$16.75	\$22.92	\$17.93	\$24.16
50-54	\$23.05	\$31.29	\$24.30	\$32.54
55-59	\$29.63	\$40.22	\$30.88	\$41.40
60-64	\$36.42	\$49.50	\$37.66	\$50.75
65-69	\$40.50	\$55.87	\$41.68	\$57.12
70 años o más	\$47.56	\$66.05	\$48.81	\$67.22

BENEFICIOS PARA EMPLEADOS EN 2018

Cobertura por accidente

La cobertura por accidente de MetLife le ayuda a protegerse de los gastos inesperados relacionados con un accidente. Nunca esperamos que suceda un accidente, pero cuando sucede, nuestros gastos médicos aumentan y nuestros gastos de vida no desaparecen. El plan por accidentes le ayuda a proteger su billetera para que pueda mantener su estilo de vida.

A continuación figura un breve resumen de los beneficios. Los beneficios se le pagan directamente a usted, sin importar la parte que su plan médico cubra.

BENEFICIOS BÁSICOS

FRACTURA	Hasta \$6,000
LUXACIÓN	Hasta \$6,000
ATENCIÓN DE EMERGENCIA	\$200 por sala de emergencias \$100 por consultorio médico o atención urgente
ATENCIÓN INICIAL DE NO EMERGENCIA	\$100
BENEFICIO DE EXÁMENES MÉDICOS (RADIOGRAFÍAS, RESONANCIAS MAGNÉTICAS, ULTRASONIDOS, NCV, TOMOGRAFÍAS COMPUTARIZADAS, ELECTROENCEFALOGRAMA)	\$200
VISITA DE SEGUIMIENTO AL CONSULTORIO DEL MÉDICO	\$75
SERVICIOS DE TERAPIA	\$25 para cognitivo-conductual, ocupacional, física, respiratoria, del habla y vocacional
BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN O UTI	\$1,000 por hospitalización inicial más \$200 por día

BENEFICIOS ADICIONALES

QUEMADURAS (DE SEGUNDO Y TERCER GRADO)	Hasta \$10,000
CONMOCIÓN CEREBRAL	\$200
COMA	\$10,000
HERNIA DE DISCO (CON CIRUGÍA)	\$1,000
CARTÍLAGO DESGARRADO EN LA RODILLA (CON CIRUGÍA)	\$750
LACERACIÓN	\$50 sin puntos, hasta \$400 con puntos
TENDÓN/LIGAMENTO/MANGUITO DE LOS ROTADORES DESGARRADO, ROTO O SEPARADO (CON CIRUGÍA)	\$750
AMBULANCIA	\$1,000 por aire/\$300 por tierra
PRÓTESIS	\$750
DISPOSITIVO MÉDICO	Hasta \$1,000
BENEFICIO POR SANGRE	\$400
CIRUGÍA A PACIENTE HOSPITALIZADO	Hasta \$2,000
CIRUGÍA AMBULATORIA	\$300

COBERTURA POR ACCIDENTE

	SEMANAL (52)	BISEMANAL (26)	DOS VECES AL MES (24)
CONTRIBUCIONES DEL EMPLEADO			
EMPLEADO SOLAMENTE	\$3.38	\$6.77	\$7.33
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$6.00	\$11.99	\$12.99
EMPLEADO + HIJO(S)	\$7.35	\$14.69	\$15.92
EMPLEADO + FAMILIA	\$9.11	\$18.22	\$19.74

Cobertura de indemnización para pacientes hospitalizados

La Cobertura de indemnización para pacientes hospitalizados a través de MetLifeLele paga los beneficios en efectivo directamente a usted si tiene la estadía cubierta en un hospital o unidad de cuidados críticos. El monto del beneficio se determina en función del tipo del centro y la cantidad de días que permanece. Puede utilizar los beneficios de esta póliza para ayudarlo a pagar gastos médicos como los deducibles y copagos, costos de viaje, comida y alojamiento, o gastos diarios tales como comestibles y servicios públicos.

		PLAN BASE	PLAN PLUS
HOSPITALIZACIÓN (PAGADERO 1X/ACCIDENTE)	No UTI	\$500	\$1,000
	UTI	\$1,000	\$2,000
INTERNACIÓN EN HOSPITAL (HASTA 31 DÍAS POR PERSONA CUBIERTA, A PARTIR DEL DÍA 1)	No UTI	\$100	\$200
	UTI	\$200	\$400
REHABILITACIÓN HOSPITALARIA (HASTA 15 DÍAS POR PERSONA O ACCIDENTE, MÁXIMO 30 DÍAS POR AÑO CALENDARIO)	Beneficio diario	\$100	\$200
EXCLUSIONES SOBRE ENFERMEDADES PREEXISTENTES		Exonerado	Exonerado
REDUCCIÓN DE BENEFICIOS POR EDAD		25 % de reducción a la edad de 65 años; 50 % de reducción a la edad de 70 años	25 % de reducción a la edad de 65 años; 50 % de reducción a la edad de 70 años
TRANSFERIBILIDAD		Incluida	Incluida

PRIMA MENSUAL

	SEMANAL (52)	BISEMANAL (26)	DOS VECES AL MES (24)	SEMANAL (52)	BISEMANAL (26)	DOS VECES AL MES (24)
EMPLEADO SOLAMENTE	\$2.59	\$5.18	\$5.62	\$5.19	\$10.38	\$11.24
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$7.35	\$14.70	\$15.93	\$14.70	\$29.40	\$31.86
EMPLEADO + HIJO(S)	\$4.61	\$9.22	\$9.99	\$9.13	\$18.27	\$19.79
EMPLEADO + FAMILIA	\$9.43	\$18.86	\$20.44	\$18.74	\$37.48	\$40.61



Salud complementaria

Universal LifeEvents® con atención a largo plazo

La cobertura Trustmark Universal LifeEvents® combina una política de seguro de vida permanente con beneficios de vida en la forma de atención a largo plazo (LTC).

Puede inscribirse en este plan sin preguntas médicas cuando comienza a ser elegible. Si espera para inscribirse en una fecha posterior, se aplicará la evidencia de asegurabilidad y la cobertura puede ser rechazada.

Compruebe las tres características principales de este plan, junto con un ejemplo de cómo funciona para un no fumador de 35 años que paga \$8 por semana por la cobertura.

1	Un beneficio por muerte , pagadero a sus beneficiarios si fallece	Beneficio por muerte de \$57,376 pagadero a sus beneficiarios cuando fallezca
2	Un beneficio en vida , para ayudarlo a pagar por cuidado en vida asistida, centro de cuidados a largo plazo, atención de salud en el hogar y/o centro de atención diurna para adultos	Paga 4% por mes, hasta 25 meses. \$2,295 por mes x 25 meses = \$57,376
3	Un beneficio por enfermedad terminal , que le paga un 75 % de su beneficio por muerte si su esperanza de vida es de menos de 24 meses	Le paga \$43,032 con la declaración de esperanza de vida Paga los \$14,344 restantes a sus beneficiarios cuando fallezca

Detalles del plan

- Las tarifas se fijan en su edad actual y no aumentan a medida que envejece
- La cobertura es transferible, lo que significa que puede llevarse este plan con usted si no trabaja más para la compañía.
- Usted elige el nivel de cobertura adecuado.

	EMISIÓN GARANTIZADA (SIN PREGUNTAS MÉDICAS)	MONTO MÁXIMO DE BENEFICIO
EMPLEADO SOLAMENTE	hasta \$100,000	\$300,000
CÓNYUGE	la cantidad menor entre \$3 por semana o \$15,000	\$300,000
HIJO(S)	hasta \$4.32 por semana	hasta \$4.32 por semana

Las tarifas se basan en su edad y nivel de cobertura.

Hay ciertas restricciones en los beneficios para los mayores de 64 años que se inscriban.

Consulte a un asesor de beneficios hoy por sus opciones de cobertura y primas.



BENEFICIOS DENTALES

Los exámenes dentales regulares hacen más por su bienestar que sólo preservar una sonrisa sana. La cobertura dental de ATW le brindará a usted y a su familia opciones accesibles para su salud general. La cobertura está disponible a través de MetLife.

Resumen del plan dental y sus primas

Las contribuciones de primas para la atención dental se deducirán de su salario antes de los impuestos. Su nivel de cobertura determinará sus primas semanales. La siguiente tabla presenta un resumen de la cobertura dental para 2019 brindada por MetLife.

PPO DENTAL			
	SEMANAL (52)	BISEMANAL (26)	DOS VECES AL MES (24)
CONTRIBUCIONES DEL EMPLEADO			
EMPLEADO SOLAMENTE	\$4.91	\$9.82	\$10.64
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$10.19	\$20.38	\$22.08
EMPLEADO + HIJO(S)	\$12.52	\$25.04	\$27.13
EMPLEADO + FAMILIA	\$18.75	\$37.50	\$40.63
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED**	
DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO			
INDIVIDUAL	\$50		
FAMILIAR	\$150		
MÁXIMO POR AÑO CALENDARIO			
POR PERSONA	\$1,250		
SERVICIOS CUBIERTOS (USTED PAGA)			
SERVICIOS PREVENTIVOS	0 %	0 %	
SERVICIOS BÁSICOS	20 %*	20 %*	
SERVICIOS DE MAYOR COMPLEJIDAD	50 %*	50 %*	
ORTODONCIA (hijos hasta los 19 años de edad)	50 %	50 %	
MÁXIMO DE ORTODONCIA DE POR VIDA	\$1,000		

*Después del deducible

**Todos los servicios fuera de la red están sujetos a limitaciones razonables y acostumbradas (RyA).

No recibirá una tarjeta de identificación para beneficios dentales. Con el fin de acceder al plan, deberá brindar su número del seguro social o su número de grupo en el consultorio del proveedor para que puedan verificar su elegibilidad. Si lo prefiere, puede descargar e imprimir su tarjeta de identificación de www.metlife.com/mybenefits.

Dentistas de la red

Si decide visitar a un dentista que no participa en la red de su plan, sus costos de desembolso serán más altos y usted deberá pagar cualquier cargo que supere los cargos razonables y habituales (Reasonable and Customary, RyC). Para encontrar un dentista dentro de la red, visite el sitio de Internet de MetLife en www.metlife.com (seleccione red plus PDP). También puede ingresar en www.metlife.com/mybenefits y escribir American Trailer World como el nombre de la compañía o llamar a MetLife al 800-438-6383.



BENEFICIOS DE LA VISIÓN

Incluso aquellas personas que tienen una visión perfecta también deben someterse a un control de sus ojos en forma regular. Para asegurarse de que usted y su familia tengan acceso a atención de la visión de calidad, ATW ofrece beneficios de visión integrales prestados por Superior Vision.

Primas de atención de la visión y Resumen del plan

Las contribuciones de prima para la atención de la visión se deducirán de su salario antes de impuestos. Su nivel de cobertura determinará sus primas semanales. En la siguiente tabla, se resume la cobertura de la visión para 2019 que brinda Superior Vision. Todos los servicios fuera de la red están sujetos al programa de tarifas por prestación.

ATENCIÓN DE LA VISIÓN

	SEMANAL (52)	BISEMANAL (26)	DOS VECES AL MES (24)
CONTRIBUCIONES DEL EMPLEADO			
EMPLEADO SOLAMENTE	\$1.75	\$3.51	\$3.80
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$2.98	\$5.96	\$6.46
EMPLEADO + HIJO(S)	\$3.16	\$6.31	\$6.84
EMPLEADO + FAMILIA	\$4.74	\$9.48	\$10.27

ATENCIÓN DE LA VISIÓN

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
MATERIALES CUBIERTOS		
LENTES		
LENTES MONOFOCALES	Copago de \$25	Hasta \$26
LENTES BIFOCALES	Copago de \$25	Hasta \$34
LENTES TRIFOCALES	Copago de \$25	Hasta \$50
ARMAZONES		
EQUIVALENTE DE ARMAZÓN AL POR MENOR	Prestación de \$150	Hasta \$60
LENTES DE CONTACTO		
OPTATIVOS	Prestación de \$175	Hasta \$100
NECESARIOS	Cobertura total	Hasta \$210
EXÁMENES		
EXAMEN (Oftalmólogo)	Copago de \$10	Hasta \$42
EXAMEN (Optometrista)	Copago de \$10	Hasta \$37
EXAMEN DE PRUEBA DE LENTES DE CONTACTO	Copago de \$25	Sin cobertura
FRECUENCIA DE BENEFICIOS		
EXÁMENES	Una vez cada 12 meses	
LENTES	Una vez cada 12 meses	
ARMAZONES	Una vez cada 12 meses	
LENTES DE CONTACTO (en lugar de lentes y marcos)	Una vez cada 12 meses	

¡Atención!

Los oftalmólogos suelen ser los primeros profesionales de la salud en detectar enfermedades sistémicas crónicas como la presión arterial alta y la diabetes.



BENEFICIOS PARA SOBREVIVIENTES

No siempre es fácil hablar con su familia sobre cómo se mantendrán en caso de que usted no estuviera, pero es una conversación importante que debe tener. Los beneficios para sobrevivientes brindan asistencia financiera en caso de su ausencia y pueden ayudarlo a planificar lo inesperado. Si consigue un seguro de vida ahora, podrá estar tranquilo de que quienes dependen de usted estarán protegidos.

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

Los beneficios de vida y por AD&D son esenciales para la seguridad financiera de su familia. Como tal, es importante que comprenda cómo funciona su plan y qué beneficios recibirá. Se le proporcionan los beneficios del seguro de vida básico y por AD&D como parte de su cobertura básica. ATW proporciona a los empleados un seguro de vida básico y por AD&D a través de MetLife, que garantiza que sus seres queridos, por ejemplo su cónyuge u otro(s) sobreviviente(s) designado(s), continúen recibiendo parte de los beneficios de un empleado después de su muerte.

Su beneficio de seguro de vida básico y por AD&D es de \$20,000. Si usted es empleado a tiempo completo, recibe automáticamente el seguro de vida y por AD&D aunque decida renunciar a otras coberturas.

Designación de beneficiarios

Un beneficiario es la persona que usted designa para recibir los beneficios del seguro de vida en caso de fallecimiento. Esto incluye cualquier beneficio pagadero conforme al seguro de vida básico que ofrece ATW. Recibirá el pago de beneficios por la muerte de un dependiente de acuerdo con el seguro de MetLife.

Asegúrese de que su designación de beneficiario sea clara, para que no haya dudas de sus intenciones, y recuerde nombrar a un beneficiario primario y contingente. Cuando designe a sus beneficiarios indique nombre completo, dirección, número de Seguro Social, relación, fecha de nacimiento y porcentaje de distribución. Si el beneficiario no tiene parentesco legal con usted, ingrese las palabras "Sin parentesco" en el campo correspondiente para designar el tipo de relación.

Si designa a más de un beneficiario y desea asignarles partes desiguales, incluya el monto del seguro en porcentajes para cada beneficiario. Si necesita asistencia, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos o con su asesor legal personal.



¡Atención!

Su beneficiario no tiene que ser una persona. Se puede nombrar como beneficiario a un fideicomiso, o a un acuerdo legal que le permita colocar la propiedad bajo el control de un gerente de fideicomiso. El beneficiario también puede ser una organización benéfica o simplemente su patrimonio.

Seguro de vida y por AD&D

Los empleados elegibles pueden adquirir el seguro de vida y por AD&D voluntario para ellos y para sus familias. El seguro de vida voluntario y por AD&D voluntario son elecciones independientes. Tiene la opción de elegir uno, el otro o ambos, con diferentes montos de elección. Sin embargo, debe elegir la cobertura para usted para poder elegir la cobertura para su familia. Las primas se pagan mediante deducciones de nómina. Las políticas de seguro de vida básico y voluntario están sujetas a un calendario de reducción de beneficios que comienza a los 65 años.

SEGURO DE VIDA/POR AD&D BÁSICO

MONTO DE COBERTURA	\$20,000
QUIÉN PAGA	ATW
BENEFICIOS PAGADEROS	Si muere, pierde una extremidad o sufre parálisis en un accidente
BENEFICIO MÁXIMO	\$20,000
ES NECESARIO PRESENTAR EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD (EOI)	N/D

SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO PARA EMPLEADOS

MONTO DE COBERTURA	Incrementos de \$10,000
QUIÉN PAGA	Empleado
BENEFICIOS PAGADEROS	En caso de su fallecimiento. Este beneficio es adicional al beneficio de seguro de vida básico.
BENEFICIO MÁXIMO	5 veces el salario o \$500,000
ES NECESARIO PRESENTAR EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD (EOI)	Elecciones que exceden el monto de emisión garantizada de \$150,000 cuando comienza a ser elegible, cualquier aumento en las elecciones o beneficios actuales fuera del periodo de elegibilidad inicial.

SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO PARA EL CÓNYUGE

MONTO DE COBERTURA	Incrementos de \$5,000
QUIÉN PAGA	Empleado
BENEFICIOS PAGADEROS	En el caso del fallecimiento de su cónyuge.
BENEFICIO MÁXIMO	\$100,000 sin superar el 50 % del monto elegido por el empleado
ES NECESARIO PRESENTAR EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD (EOI)	Elecciones que exceden el monto de emisión garantizada de \$50,000 cuando comienza a ser elegible, cualquier aumento en las elecciones o beneficios actuales fuera del periodo de elegibilidad inicial.

SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO PARA NIÑOS

MONTO DE COBERTURA	\$10,000
QUIÉN PAGA	Empleado
BENEFICIOS PAGADEROS	En el caso del fallecimiento de su hijo
BENEFICIO MÁXIMO	\$10,000
ES NECESARIO PRESENTAR EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD (EOI)	N/D

SEGURO POR AD&D VOLUNTARIO

MONTO DE COBERTURA	Las mismas opciones de cobertura y beneficios máximos que el seguro de vida voluntario
QUIÉN PAGA	Empleado
BENEFICIOS PAGADEROS	Si usted o su dependiente cubierto fallecen, pierden una extremidad o sufren una parálisis en un accidente
BENEFICIO MÁXIMO	100 % de beneficio de seguro de vida complementario
ES NECESARIO PRESENTAR EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD (EOI)	N/D

Inscripción anual

Los empleados y cónyuges que están actualmente inscritos en el plan de seguro de vida voluntario pueden aumentar sus beneficios al incrementar hasta la emisión garantizada sin presentar Evidencia de asegurabilidad (EOI). Se solicitará la EOI para cualquier incremento que supere un incremento (o si el aumento del incremento supera la emisión garantizada) así como para todas las elecciones fuera del periodo inicial de elegibilidad. MetLife debe aprobar la EOI antes de que el beneficio se active.

Tarifas de primas del seguro de vida y por AD&D

SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO		
TARIFAS/\$1,000 (MENSUAL)		
EDAD DEL EMPLEADO (AL 1.º DE ENERO DE 2019)	EMPLEADO	CÓNYUGE
Menos de 30	\$0.06	\$0.06
30-34	\$0.08	\$0.08
35-39	\$0.11	\$0.11
40-44	\$0.14	\$0.14
45-49	\$0.24	\$0.24
50-54	\$0.36	\$0.36
55-59	\$0.61	\$0.61
60-64	\$1.01	\$1.01
65-69*	\$1.27	\$1.27
70 años o más*	\$2.06	\$2.06

* Los beneficios están sujetos al programa de reducción por edad.

SEGURO VOLUNTARIO POR AD&D	
TARIFAS DE PRIMAS/\$1,000 (MENSUALES)	
Empleado	\$0.033
Cónyuge/hijo(s)	\$0.030

SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO PARA HIJOS	
TARIFAS DE PRIMAS/\$1,000 (MENSUALES)	
Hijo(s)	\$0.180

Las tarifas anteriores son según una base mensual. Si se le paga en un ciclo de nómina diferente, se necesitará convertir la tarifa.

- ◀ Tarifa mensual X 12 / 52 = **tarifa semanal**
- ◀ Tarifa mensual X 12 / 26 = **tarifa bisemanal**
- ◀ Tarifa semanal X 52 / 24 = **tarifa de dos veces al mes**

PARA CALCULAR CUÁNTO COSTARÁ LA COBERTURA DE SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO/AD&D:

\$ ÷ 1,000 = \$ x tarifa basada en edad = \$
Beneficio elegido Prima mensual

ASESORAMIENTO EN MOMENTOS DE DUELO

Todos los empleados elegibles para beneficios y sus dependientes tienen acceso a cinco sesiones confidenciales de asesoramiento por evento, ya sea en persona o por teléfono. Los asesores están disponibles en todo el país y son profesionales matriculados y acreditados con experiencia extensiva trabajando con personas que han sufrido una pérdida. Para programar una llamada con un asesor en momentos de duelo, llame al 888-319-7819 o ingrese a metlifegc.lifeworks.com (nombre de usuario: metlifeassist; contraseña: support).

DESCUENTOS Y SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN DE FUNERALES

Los empleados elegibles para beneficios y sus cónyuges/familia extendida también tendrán acceso a servicios de planificación de funerales con descuento mediante MetLife AdvantagesSM y proporcionados por Dignity Memorial como parte de su paquete de beneficios básico. Si desea más información, llame al 866-853-0954 o visite www.finalwishesplanning.com.



PROTECCIÓN DE INGRESOS

ATW ofrece cobertura por incapacidad para protegerlo contra toda lesión debilitante. Nuestros planes por incapacidad cubren una parte de sus ingresos hasta que pueda regresar a su trabajo o hasta alcanzar su edad de jubilación.

Seguro por incapacidad a corto plazo

Los beneficios por incapacidad a corto plazo (STD) están disponibles para usted a través de MetLife de forma voluntaria. El seguro por STD reemplaza una parte de sus ingresos si queda parcial o totalmente incapacitado durante un breve período. Tiene la opción de seleccionar entre \$50 a \$1,000 por semana en incrementos de \$25 hasta el 60 % de sus ingresos previos a la incapacidad. Pueden aplicarse ciertas exclusiones y limitaciones por enfermedades preexistentes. Consulte los documentos de su plan para obtener más información sobre beneficios específicos o contáctese con el Departamento de Recursos Humanos.

BENEFICIO MÁXIMO SEMANAL	\$1,000
PERÍODO DE ELIMINACIÓN	14 días
PERÍODO DE BENEFICIO MÁXIMO	26 semanas

Usted es elegible para escoger este plan sin preguntas médicas (emisión garantizada). Si su ingreso aumenta de un año a otro, debe volver a elegir la cobertura para recibir un beneficio mayor.

SEGURO POR STD VOLUNTARIO

EDAD (A PARTIR DEL 1.º DE ENERO DE 2019)	
RANGO DE EDAD	TARIFA MENSUAL POR CADA \$10 DE BENEFICIO SEMANAL
Menos de 30	\$0.52
30-34	\$0.67
35-39	\$0.68
40-44	\$0.57
45-49	\$0.73
50-54	\$1.46
55-59	\$1.78
60-64	\$2.31
65-69	\$2.50
70 años o más	\$2.91

Las tarifas anteriores son según una base mensual. Si se le paga en un ciclo de nómina diferente, se necesitará convertir la tarifa.

- ◀ Tarifa mensual X 12 / 52 = **tarifa semanal**
- ◀ Tarifa mensual X 12 / 26 = **tarifa bisemanal**
- ◀ Tarifa semanal X 52 / 24 = **tarifa de dos veces al mes**

PARA CALCULAR CUÁNTO COSTARÁ SU COBERTURA DE SEGURO POR STD:

\$	÷ 52 =	\$	x 60 %	\$	x tarifa	\$	÷ \$10	\$
Salario anual		Ingreso semanal		Beneficio semanal		Monto		Prima mensual



BENEFICIOS ADICIONALES

Protección contra robo de identidad

El acceso a la protección contra robo de identidad se encuentra disponible de forma voluntaria. En un mundo permanentemente conectado, el riesgo de robo de identidad es real. Hay una nueva víctima de fraude de identidad cada dos segundos. Puede ayudar a protegerse con LifeLock. La cobertura por robo de identidad de LifeLock monitorea millones de transacciones por segundo y lo alerta sobre actividades sospechosas por mensaje de texto, teléfono o correo electrónico. Esta protección es diferente al monitoreo de crédito gratuito y ofrece un conjunto de características que ayudan a protegerlo de manera proactiva a usted y a los miembros de su familia cubiertos contra el robo de identidad.

	BENEFIT ELITE			ULTIMATE PLUS		
LIFELOCK IDENTITY ALERT® SYSTEM	✓			✓		
PROTECCIÓN CONTRA PÉRDIDA DE BILLETERA	✓			✓		
VERIFICACIÓN DE CAMBIO DOMICILIO	✓			✓		
VIGILANCIA DEL SITIO WEB DEL MERCADO NEGRO	✓			✓		
OFERTAS REDUCIDAS DE TARJETAS DE CRÉDITO PREAPROBADAS	✓			✓		
SERVICIO DE ASISTENCIA EN VIVO PARA MIEMBROS	✓			✓		
ASISTENCIA PARA RESTAURACIÓN DE IDENTIDAD	✓			✓		
GARANTÍA DE SERVICIO TOTAL DE \$1 MILLÓN	✓			✓		
CONTROL DE IDENTIDAD FICTICIA	✓			✓		
ESCANEO DE REGISTROS JUDICIALES	✓			✓		
NOTIFICACIÓN DE INCUMPLIMIENTO DE DATOS	✓			✓		
ALERTAS DE ACTIVIDAD EN LA CUENTA DE INVERSIÓN	✓			✓		
ALERTAS DE ACTIVIDAD EN TARJETAS DE CRÉDITO, CUENTAS CORRIENTES Y CUENTAS DE AHORRO				✓		
INFORMES DE CRÉDITO ANUALES TRIPARTITOS EN LÍNEA				✓		
PUNTUACIÓN DE CRÉDITO ANUAL TRIPARTITO EN LÍNEA				✓		
ALERTAS POR APLICACIONES DE CUENTAS CORRIENTES O DE AHORROS				✓		
ALERTAS POR ACEPTACIÓN DE CUENTAS BANCARIAS				✓		
ALERTAS POR CONSULTAS DE CRÉDITO				✓		
SEGUIMIENTO DE CRÉDITO MENSUAL				✓		
BÚSQUEDAS DE REDES DE INTERCAMBIO DE ARCHIVOS				✓		
INFORMES DE REGISTRO DE DELINCUENTES SEXUALES				✓		
SERVICIO DE ASISTENCIA PARA MIEMBROS PRIORITARIOS				✓		
	SEMANAL (52)	BISEMANAL (26)	DOS VECES AL MES (24)	SEMANAL (52)	BISEMANAL (26)	DOS VECES AL MES (24)
EMPLEADO SOLAMENTE	\$1.84	\$3.69	\$4.00	\$5.54	\$11.07	\$12.00
EMPLEADO + FAMILIA	\$3.69	\$7.38	\$7.99	\$11.07	\$22.14	\$23.99

Este plan está disponible a través de la deducción de nómina y lo puede conservar si se retira o deja de trabajar para ATW.

Programa de asistencia al empleado

American Trailer World se interesa por su salud en general y la de su familia, ya sea mental, emocional o física. Por ese motivo, le ofrecemos un Programa de asistencia al empleado (Employee Assistance Program, EAP) sin costo alguno.

Ya sea que esté interesado en recursos de trabajo o de la vida, asistencia en salud mental, o asesoramiento legal y financiero, el servicio de EAP puede vincularlos a usted y a los miembros de su grupo familiar con una variedad de profesionales. Con una simple llamada, a cualquier hora del día o durante la noche, usted puede acceder a recursos útiles. El beneficio del EAP incluye tres visitas personales por cada problema con un profesional matriculado. Todos los servicios brindados son confidenciales y no se compartirán con American Trailer World. También puede acceder a información, beneficios, materiales educativos y mucho más por teléfono al 888-319-7819 o en línea en www.lifesynch.com/eap, nombre de usuario: metliffeap y contraseña: eap.

El programa proporciona remisiones para brindar asistencia con lo siguiente:

- ◀ salud y bienestar emocional;
- ◀ dependencia del alcohol o de las drogas;
- ◀ problemas de relaciones familiares o matrimoniales;
- ◀ presiones laborales;
- ◀ estrés, ansiedad, depresión;
- ◀ duelo y pérdida de seres queridos;
- ◀ asesoramiento legal o financiero; y
- ◀ servicios de recuperación de robo de identidad.





PLANIFICACIÓN PARA LA JUBILACIÓN

Nunca es demasiado pronto ni demasiado tarde para comenzar a planificar su jubilación. Realizar aportes a una cuenta 401(k) es el primer paso para lograr seguridad financiera en el futuro. El plan 401(k) de ATW le brinda las herramientas y la flexibilidad que necesita para jubilarse de manera cómoda y segura.

Los empleados elegibles pueden invertir para su jubilación y, a la vez, recibir ciertas ventajas impositivas. A partir del 1 de enero de 2019, ATW igualará 100 % en el primer 3 % y 50 % en el 2 % siguiente del salario que contribuya. Fidelity Investments proporciona los servicios administrativos y de mantenimiento de registros para este plan.

Elegibilidad

Puede comenzar a realizar contribuciones antes de impuestos al plan el primer mes después de haber cumplido 90 días de contratación. La compañía comenzará a igualar luego de los 6 meses de servicio.

Cómo aportar al plan

Las contribuciones diferidas se basan en un monto fijo de dinero que no supera los límites del plan establecidos por el IRS. El límite para 2019 es \$18,500.

Contribuciones de actualización

Si usted tiene o cumplirá 50 años de edad o más durante este año calendario y ya aporta el máximo permitido a su cuenta 401(k), también puede realizar una “contribución de actualización”. Este depósito adicional de fondos acelera su progreso para lograr sus objetivos de jubilación. La contribución máxima de recuperación es de \$6,000 para 2019, para un subsidio combinado de contribución total de \$24,500. Consulte con el administrador del plan para obtener más detalles.

Tenga en cuenta lo siguiente: La inscripción al 401(k) será un proceso de inscripción separado de todos los otros beneficios.

Cómo cambiar o interrumpir sus aportes

Puede modificar el monto de sus aportes en cualquier momento. Todos los cambios entrarán en vigor lo antes posible desde el punto de vista administrativo y permanecerán vigentes hasta que usted los modifique. También puede interrumpir sus aportes en cualquier momento. Si deja de contribuir, podrá empezar de nuevo en cualquier momento.

Cómo invertir en el plan

Usted decide cómo invertir los activos en su cuenta. El Plan 401(k) de ATW ofrece una serie de opciones de inversión entre las que puede elegir. Puede cambiar sus opciones de inversión en cualquier momento. Si desea obtener más detalles, consulte la Guía de inscripción al plan 401(k).

¡Atención!

Si utiliza los fondos de su cuenta 401(k) antes de la edad de 59 1/2, pagará una multa por retiro anticipado del 10 % — además del impuesto sobre la renta— sobre la cantidad.



GLOSARIO

Coseguro: su parte del costo de un servicio de atención de salud cubierto, calculado como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) del monto permitido para el servicio, en general, una vez que haya alcanzado su deducible. Por ejemplo, si el monto que su plan le permite para una visita a un consultorio es de \$100 y ya alcanzó su deducible (pero todavía no alcanzó el máximo de desembolso), el pago de su coseguro del 20 % será de \$20. El patrocinador de su plan o empleador pagará el resto del monto permitido.

Plan de salud autodirigido del consumidor (CDHP):

Opción del plan que le brinda poder de elección, flexibilidad y control cuando de gastar dinero en atención de salud se trata. La atención preventiva tiene una cobertura del 100 % con los proveedores que están dentro de la red, y todos los gastos médicos calificados pagados por el empleado se consideran para su deducible y su gasto de desembolso máximo.

Copago: monto fijo que usted paga por los servicios de atención de salud recibidos, según lo determina su plan de seguro.

Deducible: monto que usted debe por servicios de atención de salud antes de que su seguro de salud o patrocinador del plan (empleador) comience a pagar su parte. Por ejemplo, si su deducible es de \$2,700, su plan no pagará nada hasta que haya alcanzado su deducible de \$2,700 para servicios de atención de salud cubiertos. Este deducible podría no aplicar a todos los servicios, incluida la atención preventiva.

Contribución del empleado: El monto que usted paga por su cobertura del seguro.

Explicación de beneficios (EOB): declaración que envía su compañía de seguros en la que se explica qué procedimientos y servicios se brindaron, cuánto costaron, qué parte del reclamo pagó el plan y qué parte es su responsabilidad, además de cómo puede apelar la decisión de la aseguradora. Esas declaraciones también se publican en el sitio de Internet de la compañía de seguros para que pueda acceder a ellas.

Transparencia de los costos de atención de salud:

también conocida como “transparencia de mercado” o “transparencia médica”. Los costos del proveedor de atención de salud pueden variar ampliamente, incluso dentro de una misma área geográfica. Para facilitarles el acceso a los productos y servicios más asequibles de atención de la salud, las herramientas de transparencia de costos en línea, que suelen estar disponibles a través de las compañías de seguro de salud, le permiten buscar en una extensa base de datos nacional para comparar todos los costos, desde medicamentos con receta y visitas al consultorio hasta IRM y cirugías importantes.

Cuenta de ahorros para gastos de salud (HSA):

una cuenta bancaria personal para el cuidado de la salud con dinero suyo o de su empleador libre de impuestos para pagar gastos médicos calificados. Para abrir una HSA, debe estar inscrito en un CDHP. Los fondos que se contribuyen a la HSA se transfieren de un año al otro y la cuenta es transferible, lo que significa que la conservará aunque cambie de empleo.

Red: un grupo de médicos, hospitales y demás proveedores de atención médica que han acordado prestar servicios médicos a miembros de un plan de cobertura médica a precios con descuento.

- ◀ **Dentro de la red:** los proveedores dentro de la red son médicos que poseen un contrato con su compañía de seguros para brindarle servicios de atención de salud con descuento.
- ◀ **Fuera de la red:** los proveedores fuera de la red son médicos que no poseen un contrato con su compañía de seguros. Si elige un médico fuera de la red, los servicios no se brindarán a tarifas con descuento.
- ◀ **No participantes:** proveedores que han rechazado firmar un contrato con su compañía de seguros.

Máximo de desembolso: el máximo que usted paga durante un período de póliza (por lo general, un período de 12 meses) antes de que su seguro de salud o plan comience a pagar el 100 % del monto permitido. Este límite no incluye su prima, sus cargos más allá de lo razonable y habitual, ni lo que no cubre su plan de atención de salud. Consulte a su compañía de seguros para confirmar qué pagos se aplican al máximo de desembolso.

Medicamentos de venta libre (OTC): medicamentos que se abastecen sin una receta.

Medicamentos con receta: medicamentos recetados por el médico. El costo de estos medicamentos lo determina su nivel asignado: genérico, preferido, no preferido o especialidad.

- **Medicamentos genéricos:** medicamentos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU. por ser químicamente idénticos a las versiones preferidas y no preferidas correspondientes. El color y el sabor de los medicamentos genéricos pueden ser distintos, pero el ingrediente activo es el mismo. Los medicamentos genéricos son, en general, la versión más económica de cualquier medicamento.
- **Medicamentos preferidos:** medicamentos de marca que aparecen en la lista de medicamentos aprobados por su proveedor. Puede consultar a su proveedor en línea para ver esta lista.
- **Medicamentos no preferidos** medicamentos de marca que no aparecen en la lista de medicamentos aprobados por su proveedor. En general, estos medicamentos son más nuevos y tienen copagos más altos.
- **Medicamentos especializados:** medicamentos con receta utilizados para tratar afecciones complejas, crónicas y usualmente costosas, como la esclerosis múltiple, la artritis reumatoidea, la hepatitis C y la hemofilia. Debido al alto costo de estos medicamentos especializados, muchas aseguradoras exigen que se cumplan criterios específicos antes de otorgar cobertura para dichos medicamentos. En muchos casos, estos requisitos incluyen lo siguiente:
 - Solicitar cobertura de un medicamento a través de una autorización previa.
 - Padecer una enfermedad específica cuyo medicamento haya sido aprobado por la FDA.
 - Presentar una historia de intentos y fracasos con medicamentos menos costosos.
 - Generar altos montos de costos de desembolso al comprar el medicamento.
 - Restricción de la farmacia que puede abastecer estos medicamentos.
- **Autorización previa:** es un requisito que su médico obtenga la aprobación de su plan de seguro de salud para prescribir un medicamento específico para usted.
- **Terapia escalonada:** el objetivo de un programa de terapia escalonada es dirigir a los empleados a medicamentos menos costosos, aunque igualmente eficaces, mientras que se mantienen al mínimo los problemas para el miembro y el médico. Normalmente debe probar un medicamento genérico o de marca preferida antes de "aumentar" a una marca no preferida.

Indemnización razonable y acostumbrada (R&C):

monto que se paga por un servicio médico en un área geográfica con base en la tarifa habitual que cobran los proveedores del área para brindar el mismo servicio médico o uno similar. El monto UCR se utiliza en ocasiones para determinar el monto autorizado.

Resumen de beneficios y cobertura (SBC):

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



Avisos requeridos

Aviso importante de ATW Sobre la cobertura de medicamentos con receta y Medicare según los GPA Planes

Lea atentamente este aviso y guárdelo en donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre la cobertura actual de medicamentos con receta de ATW y sobre las opciones que le ofrece la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea inscribirse o no en un plan de medicamentos de Medicare. Si piensa inscribirse, debería comparar su cobertura actual, lo cual incluye qué medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su área. Al final de este aviso, encontrará información sobre dónde obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta.

Debe tener en cuenta dos aspectos importantes 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 el año 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como un plan HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan, por lo menos, un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer cobertura adicional por una prima mensual más alta.
2. ATW ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos con receta ofrecida por el GPA plan, en promedio para todos los participantes del plan, pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y, por ello, se considera cobertura comprobable. Dado que su cobertura existente es cobertura comprobable, puede conservarla y no pagar una prima más elevada (una multa) si, más tarde, 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 pase a ser elegible por primera vez para Medicare, durante un período de inscripción inicial de siete meses. Ese período comienza tres meses antes de que usted cumpla los 65 años, incluye el mes en el que usted alcanza esa edad y continúa durante los tres meses siguientes. También puede inscribirse todos los años del 15 de octubre al 7 de diciembre.

No obstante, si pierde la cobertura de medicamentos con receta comprobable actual por motivos ajenos a su responsabilidad, también será elegible para un Período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses a fin de inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, ello no afectará su ATW cobertura actual. Para la mayoría de las personas cubiertas por el plan, este pagará primero los beneficios de medicamentos con receta y, luego, Medicare determinará sus pagos. Si desea obtener más información sobre cuál es el programa que paga en primer lugar y cuál el que paga en segundo lugar, consulte la Descripción resumida del plan o comuníquese con Medicare llamando al número de teléfono o ingresando en el sitio de Internet que figura en este documento.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y dejar su ATW cobertura actual, tenga en cuenta que usted y sus dependientes no podrán volver a obtener esta cobertura.

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

Debe saber también que, si rechaza o pierde la cobertura actual de ATW y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días consecutivos posteriores a la finalización de su cobertura actual, es posible que deba pagar una prima más elevada (una multa) para inscribirse después en un plan de medicamentos de Medicare.

Si pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura de medicamentos con receta comprobable, su prima mensual puede aumentar, por lo menos, un 1 % por mes con respecto a la prima de beneficiario básica de Medicare por cada mes que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si permanece 19 meses sin cobertura comprobable, la prima será, por lo menos, un 19 % más alta que la prima de beneficiario básica de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (multa) mientras tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Asimismo, es posible que deba esperar hasta el próximo mes de octubre para inscribirse.

Aviso importante de ATW Sobre su cobertura de medicamentos con receta y Medicare según los planes Century Healthcare MEC

Lea atentamente este aviso y guárdelo en donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre la cobertura actual de medicamentos con receta de ATW y sobre las opciones que le ofrece la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea inscribirse o no en un plan de medicamentos de Medicare. Al final de este aviso, encontrará información sobre dónde obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta.

Hay tres cosas importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare comenzó a estar disponible en el año 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de medicamentos recetados de Medicare o en un Plan Medicare Advantage (como un plan HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan, por lo menos, un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer cobertura adicional por una prima mensual más alta.
2. ATW ha determinado que NO se espera que la cobertura de medicamentos con receta ofrecida por el plan Century Healthcare MEC, en promedio para todos los participantes del plan, pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Por lo tanto, su cobertura se considera cobertura no comprobable. Esto es importante, ya que es muy probable que usted obtenga más ayuda con sus costos de medicamentos si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, que si solo tiene la cobertura de medicamentos con receta del ATW plan. Esto también es importante, ya que puede significar que deba pagar una prima más alta (una multa) si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare cuando pasa a ser elegible por primera vez.
3. Usted puede conservar la cobertura actual de ATW. Sin embargo, dado que su cobertura no es comprobable, usted tiene que tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta de Medicare que pueden afectar cuánto paga por esa cobertura, según si participa en un plan de medicamentos y desde cuándo lo hace. Cuando toma su decisión, debe comparar su cobertura actual, incluso qué medicamentos están cubiertos, con la cobertura y el costo de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su área. Lea detenidamente este aviso que explica sus opciones.

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

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando pase a ser elegible por primera vez para Medicare, durante un período de inscripción inicial de siete meses. Ese período comienza tres meses antes de que usted cumpla los 65 años, incluye el mes en el que usted alcanza esa edad y continúa durante los tres meses siguientes. También puede inscribirse todos los años del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si decide abandonar la cobertura actual ATW porque es una cobertura grupal patrocinada por su empleador o sindicato, será elegible para un Período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. No obstante, es posible que pague una prima más alta (una multa) por no haber tenido cobertura comprobable según el ATW plan.

¿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, ello no afectará su ATW cobertura actual. Para la mayoría de las personas cubiertas por el plan, este pagará primero los beneficios de medicamentos con receta y, luego, Medicare determinará sus pagos. Si desea obtener más información sobre cuál es el programa que paga en primer lugar y cuál el que paga en segundo lugar, consulte la Descripción resumida del plan o comuníquese con Medicare llamando al número de teléfono o ingresando en el sitio de Internet que figura en este documento.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y dejar su ATW cobertura actual, tenga en cuenta que usted y sus dependientes no podrán volver a obtener esta cobertura.

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

Dado que la cobertura de ATW no es comprobable, según cuánto tiempo permanezca sin cobertura de medicamentos con receta comprobable, es posible que deba pagar una multa para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. A partir del final del último mes que fue elegible por primera vez para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, pero no se inscribió, si permanece durante 63 días consecutivos o más sin cobertura de medicamentos con receta que sea comprobable, su prima mensual puede aumentar, por lo menos, un 1 % con respecto a la prima de beneficiario básica de Medicare por mes por cada mes que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si permanece 19 meses sin cobertura comprobable, la prima será, por lo menos, un 19 % más alta que la prima de beneficiario básica de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (multa) mientras tenga la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Asimismo, es posible que deba esperar hasta el próximo mes de octubre para inscribirse.

Para obtener más información sobre este aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos recetados...

Comuníquese con la persona que aparece al final de estos avisos para obtener más información. **NOTA:** Recibirá este aviso todos los años. También lo recibirá antes del próximo período en el que pueda inscribirse en el plan de medicamentos de Medicare y si cambia esta cobertura brindada por ATW. Puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones según la cobertura de medicamentos recetados de Medicare...

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare y Usted". Medicare le enviará una copia del manual por correo cada año. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

Si desea obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, tiene estas opciones:

- » Visite www.medicare.gov.
- » Llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (consulte el número de teléfono en el interior de la contraportada de su manual "Medicare y Usted") para recibir ayuda personalizada.
- » Llame al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene recursos e ingresos limitados, puede obtener ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Si desea obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio del Seguro Social en www.socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Conserve este aviso de Medicare Parte D. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite una copia de este aviso al inscribirse para demostrar si ha mantenido o no cobertura comprobable y si debe pagar o no una prima más alta (una multa).

Fecha:	1 de enero de 2019
Nombre de la entidad/el remitente:	ATW
Contacto o cargo/oficina:	Recursos Humanos
Dirección:	1701 N. Plano Road, Suite 120 Richardson, TX 75081
Número de teléfono:	903-575-0300

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

La Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 fue promulgada el 21 de octubre de 1998. La ley exige que todos los planes de salud grupales que proporcionen beneficios médicos y quirúrgicos respecto a la mastectomía brinden cobertura para todo lo siguiente:

- » Reconstrucción del seno sobre el que se realizó una mastectomía.
- » Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica
- » Prótesis
- » Tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluso linfedemas

Esta cobertura será proporcionada en consulta con el médico tratante y la paciente, y estará sujeta a los mismos deducibles anuales y estipulaciones de coseguro que se aplican para la mastectomía. Si desea obtener información sobre los deducibles y coseguros vigentes al plan en el que se inscribe, consulte la descripción resumida del plan o comuníquese con Recursos Humanos al 903-575-0300.

Privacidad y seguridad según la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud

La Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996 establece cómo un empleador puede exigir la elegibilidad y la inscripción en beneficios de atención de salud, así como también garantizar que la información de salud protegida que lo identifica a usted se mantenga de manera confidencial. Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar la información de salud protegida que el plan mantiene para la inscripción, los pagos, los reclamos y el manejo de casos. Si cree que la información de salud protegida sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedir al administrador de beneficios que la corrija. El Aviso de prácticas de privacidad se actualizó recientemente. Si desea obtener una copia completa del Aviso de prácticas de privacidad, que describe cómo la información de salud protegida sobre usted puede usarse y revelarse y cómo usted puede acceder a la información, comuníquese con Recursos Humanos al 903-575-0300.

Derechos de inscripción especial según la HIPAA

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluso su cónyuge) debido a que cuenta con la cobertura de otro seguro de salud o plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes más adelante en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de aportar a su otra cobertura o a la de sus dependientes).

La pérdida de elegibilidad incluye, entre otras situaciones, las siguientes:

- » Pérdida de elegibilidad para la cobertura como resultado del incumplimiento de los requisitos de elegibilidad del plan (es decir, separación legal, divorcio, cesación de la condición de dependiente, muerte de un empleado, terminación del empleo, reducción de horas de empleo).
- » Pérdida de cobertura del plan HMO debido a que la persona ya no reside o no trabaja en el área de servicios del plan HMO y no hay disponible ninguna otra opción de cobertura a través del patrocinador del plan HMO.
- » Eliminación de la opción de cobertura en la cual se inscribió una persona e inexistencia de oferta de alternativas.
- » El hecho de no regresar de una licencia por motivos médicos y familiares (FMLA).
- » Pérdida de cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP).

Salvo que el hecho que da lugar a su derecho de inscripción especial sea una pérdida de cobertura según Medicaid o el CHIP, debe solicitar la inscripción en el plazo de los 30 días posteriores a la fecha en la que finaliza su otra cobertura o la de sus dependientes (o en la que el empleador que patrocina esa cobertura deja de aportar a ella).

Si su derecho de inscripción especial surge como consecuencia de la pérdida de cobertura de Medicaid o el CHIP, puede solicitar la inscripción en este plan en el plazo de los 60 días a partir de la fecha en la que usted o sus dependientes pierdan dicha cobertura o el CHIP. De manera similar, si usted o sus dependientes pasan a ser elegibles para un subsidio de prima para este plan otorgado por el estado, puede solicitar la inscripción en este plan en el plazo de los 60 días posteriores a la fecha en la que Medicaid o el CHIP determinen que usted o sus dependientes reúnen los requisitos para el subsidio.

Además, si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, puede inscribirse e inscribir a sus dependientes. No obstante, debe solicitar la inscripción en el plazo de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con Recursos Humanos al 903-575-0300.



CONTACTOS IMPORTANTES

COBERTURA	CONTACTO	
ATENCIÓN MÉDICA	GPA 800-827-7223 www.gpatpa.com Nº de póliza: H870488	Telemedicina - Teladoc (Disponible para participantes de planes médicos PPO y CDHP) 800-835-2362 www.teladoc.com
ATENCIÓN MÉDICA : MEC	Century Healthcare 877-685-2432 www.centuryhealthcare.com	Telemedicina: Healthiest You (Disponible para participantes del plan MEC). 866 -703-1259 member.healthiestyou.com
FARMACIA	Beneficios de medicamentos con receta 800-334-8134 RxHelp@rxbenefits.com	
ATENCIÓN DENTAL	MetLife 800-942-0854 www.metlife.com/mybenefits Nº de póliza: 210967	
ATENCIÓN DE LA VISIÓN	Superior Vision 800-507-3800 www.superiorvision.com Nº de póliza: 36534	
CUENTA DE AHORROS PARA GASTOS DE SALUD	Optum Bank 866-234-8913 www.optumbank.com	
SEGURO DE VIDA Y POR AD&D	MetLife 800-638-6420 www.metlife.com/mybenefits Nº de póliza: 210967	
BENEFICIOS POR INCAPACIDAD	MetLife 800-858-6506 www.metlife.com/mybenefits Nº de póliza: 210967	
SEGURO MÉDICO SUPLEMENTARIO (ACCIDENTE, ENFERMEDAD CRÍTICA, INDEMNIZACIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS)	MetLife 866-626-3705 www.metlife.com/mybenefits	
LIFELOCK	Preinscripción: 866-917-2555 Empleado inscrito: 800-607-9174 www.lifelock.com	
SEGURO DE VIDA UNIVERSAL	Trustmark 800-396-2960 www.Trustmark.com	
EAP	888-319-7819 metlifeeap.lifeworks.com nombre de usuario: metlifeeap y contraseña: eap	
LÍNEA DE INFORMACIÓN DE BENEFICIOS	833-532-6892 atw.mybenefitslibrary.com	

38



ATW 

