



JUNEAU
CONSTRUCTION COMPANY

Resumen de Beneficios del Empleado

Bienvenido a su Guía de Beneficios del Empleados de 2017-2018

Reconocemos el papel tan importante que juegan los beneficios como un componente crítico de su compensación total. Como tal, Juneau Construction Company continúa haciendo todo el esfuerzo posible para encontrar los planes de beneficios de más alta calidad para nuestros empleados y sus familias. Nuestro programa ofrece un rango de opciones de planes para cumplir con las necesidades de nuestra fuerza laboral tan diversa. Sabemos que sus beneficios son importantes para usted y para su familia. Este programa está diseñado para ayudarle a proveer con las necesidades de salud, bienestar y seguridad financiera de usted y de sus dependientes cubiertos. El ayudarle a entender los beneficios que ofrece Juneau Construction Company es importante para nosotros, y esa es la razón por la cual hemos creado esta Guía de Beneficios de Empleados.

Resumen General de la Guía de Beneficios

Juneau Construction Company está orgullosa en poder ofrecer beneficios de alta calidad. Esta Guía de Beneficios, junto con su Resumen de Beneficios, le ofrece una explicación de los beneficios que están disponibles para usted y su familia.

Los empleados no exentos tienen un periodo de espera de 60 días. Los beneficios entrarán en vigor el primer día del mes después de 60 días de empleo.

Esta es su oportunidad para inscribirse. En este momento, usted puede elegir inscribirse en los planes de beneficios que se ofrecen. Las opciones seleccionadas durante este periodo de inscripción permanecerán en vigor hasta el 31 de Julio del 2018, a menos que usted o sus dependientes tengan un Evento de Vida Calificativo (ver el cuadro a continuación).

Cambiando Beneficios en el transcurso del año

El Departamento de Hacienda indica que los empleados elegibles únicamente pueden elegir sus planes durante su periodo inicial de elegibilidad o una vez al año durante la inscripción abierta. Las siguientes circunstancias son las únicas razones por las cuales usted podrá cambiar su selección de beneficios en el transcurso del año:

Matrimonio	Muerte del Cónyuge
Divorcio	Muerte de un Dependiente
Nacimiento o Adopción	Pérdida de un Dependiente
Cambios en su Status de Empleo, la adición de un Nuevo Paquete de Beneficios y la Inscripción Abierta para un Cónyuge	

Estas circunstancias especiales, frecuentemente llamadas eventos de cambio de vida, le permiten realizar cambios en cualquier momento durante el año cuando ocurren. Usted deberá notificar a su Departamento de Beneficios para Empleados dentro de los primeros 30 días después de que ocurra el evento para poder realizar un cambio calificado. Todos los demás cambios serán diferidos hasta el periodo de inscripción abierta.



Póngase en contacto

Juneau – Apoyo para Empleados

Si necesita ayuda con sus beneficios Médico, Dental, Visión, beneficios de Discapacidad y/o de Vida o si tiene preguntas con respecto a una Explicación de un Beneficio, una factura que haya recibido, asuntos de beneficios o de cobertura, llame a.

Apoyo para Empleados
1-888-517-3659

Consultas Directas

Si tiene preguntas acerca de sus beneficios Médico, Dental o de Recetas, llame a.

Blue Cross Blue Shield of Georgia
1-855-397-9267
www.bcbsga.com

Si tiene preguntas acerca de los beneficios de Visión, llame a.

EyeMed
1-866-299-1358
www.eyemed.com

Si tiene preguntas acerca de su seguro Básico de Vida, AD&D, STD, LTD y/o de Vida Voluntario, llame a.

Prudential
1-888-598-5671

Si tiene preguntas acerca de su Cuenta Flexible de Gastos, llame a.

Discovery Benefits
1-866-451-3399
www.customerservice@discoverybenefits.com



Blue Open Access POS – Resumen de Beneficios para Grupos Grandes

OAP5 1.5K/0 7.15K



Todos los beneficios están sujetos al deducible por año calendario, excepto aquellos con copagos dentro de la red, a menos que se indique lo contrario.

Todos los máximos de visitas de los beneficios por año calendario se combinan dentro y fuera de la red.

Además de los copagos, los miembros deben pagar las deducibles y los coseguros aplicables.

Los miembros también son responsables del pago de todos los costos que excedan los máximos del plan.

Es posible que algunos servicios requieran certificación previa para estar cubiertos por el plan.

Cuando visitan proveedores fuera de la red, los miembros deben pagar la diferencia entre la cantidad máxima aprobada y el monto que cobra el proveedor, así como cualquier copago, deducible y/o coseguro que corresponda.

Deducibles, coseguro y máximos	Nivel de beneficios dentro de la red	Nivel de beneficios fuera de la red
Deducible por año calendario* <ul style="list-style-type: none"> ▪ Individual ▪ Familiar 	\$1,500 \$4,500	\$4,500 \$13,500
Coseguro	El miembro paga el 0% El plan paga el 100%	El miembro paga el 50% El plan paga el 50%
Gasto máximo de bolsillo por año calendario* (incluye el deducible por año calendario) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Individual ▪ Familiar 	\$7,150 \$14,300	\$21,450 \$42,900
<p>*Los deducibles y los gastos máximos de bolsillo se cuentan por separado para los servicios dentro y fuera de la red. Un miembro de la familia puede alcanzar su deducible individual y ser elegible para la cobertura de gastos de atención médica antes que otros miembros de la familia. El deducible de cada familiar también se toma en cuenta para el deducible familiar y el gasto máximo de bolsillo. No es necesario que cada miembro alcance su deducible y gasto máximo de bolsillo para que el resto de la familia alcance el suyo. Cuando se alcanza el deducible familiar, todos los miembros de la familia pueden acceder a la cobertura de los gastos de atención médica. Los copagos, deducibles y coseguro médicos y de farmacia de este plan se aplicarán para alcanzar los gastos máximos de bolsillo. Lo siguiente no se aplica a los gastos máximos de bolsillo: elementos no cubiertos, primas del plan, cualquier facturación del saldo debido a servicios prestados fuera de la red o cualquier deducible del último trimestre trasladado desde el periodo de beneficios anterior.</p>		

Servicios cubiertos	Nivel de beneficios dentro de la red	Nivel de beneficios fuera de la red
Servicios de atención preventiva para niños y adultos (servicios de atención preventiva que cumplen con los requisitos de las leyes federales y estatales, incluidas determinadas pruebas de detección, inmunizaciones y visitas médicas) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención médica para niños sanos, inmunizaciones ▪ Exámenes de salud periódicos ▪ Exámenes ginecológicos anuales ▪ Exámenes de próstata 	El miembro paga el 0% (no sujeto al deducible)	El miembro paga el 50% después del deducible (el deducible se cancela hasta los 5 años)
Visitas al consultorio médico por enfermedades y lesiones (incluye análisis de laboratorio, radiografías y procedimientos de diagnóstico) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico de cabecera (PCP) ▪ Médico especialista 	Copago de \$25 Copago de \$50	El miembro paga el 50% después del deducible El miembro paga el 50% después del deducible
Clínica en establecimientos minoristas (ubicadas en algunas farmacias: busque los proveedores dentro de la red a través de la herramienta de búsqueda “Find a Doctor” en bcbsga.com) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inmunizaciones ▪ Exámenes de salud periódicos 	Copago de \$25	El miembro paga el 50% después del deducible
Servicios médicos por maternidad <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención de obstetricia global (servicios prenatales, de parto y posparto) 	El miembro paga el 0% después del deducible	El miembro paga el 50% después del deducible
Consulta médica por Internet https://livehealthonline.com	Copago de \$25	El miembro paga el 50% después del deducible
Consulta de salud del comportamiento por Internet https://livehealthonline.com	Copago de \$25	El miembro paga el 50% después del deducible
Servicios para alergias <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visitas al consultorio, pruebas y administración de inmunizaciones para la alergia ▪ Suero para inmunizaciones contra la alergia 	Copago de \$25 por médico de cabecera (PCP) o copago de \$50 por especialista El miembro paga el 0% después del deducible	El miembro paga el 50% después del deducible El miembro paga el 50% después del deducible
Cirugía en el consultorio (cirugía y administración de anestesia general)	El miembro paga el 0% después del deducible	El miembro paga el 50% después del deducible
Servicios de terapia en el consultorio <ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia física y terapia ocupacional: máximo combinado de 20 visitas por periodo de beneficios 	Copago de \$50	El miembro paga el 50% después del deducible

Servicios cubiertos	Nivel de beneficios dentro de la red	Nivel de beneficios fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> Terapia del habla: máximo de 20 visitas por periodo de beneficios Atención de quiropráctica/Terapia de manipulación: máximo de 20 visitas por periodo de beneficios 		
Otros servicios de terapia <ul style="list-style-type: none"> Quimioterapia, radioterapia, rehabilitación cardíaca (no hay un máximo de visitas para rehabilitación cardíaca en este plan; se requiere autorización previa) y terapia respiratoria/pulmonar 	El miembro paga el 0% después del deducible	El miembro paga el 50% después del deducible
Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes (MRI, MRA, CT y PET)	El miembro paga el 0% después del deducible	El miembro paga el 50% después del deducible
Servicios de atención urgente	Copago de \$60	El miembro paga el 50% después del deducible
Servicios de la sala de emergencias <ul style="list-style-type: none"> Solo enfermedades potencialmente mortales o lesiones accidentales graves El copago de la sala de emergencias será cancelado en caso de que sea admitido 	Copago de \$150; luego el miembro paga el 0%	Copago de \$150; luego el miembro paga el 0%
Cirugía para pacientes ambulatorios en un centro quirúrgico independiente <ul style="list-style-type: none"> Cargos quirúrgicos del centro Radiografías y servicios de laboratorio para diagnóstico Servicios del médico (anestesiólogo, radiólogo, patólogo) 	Copago de \$150; luego el miembro paga el 0% El miembro paga el 0% El miembro paga el 0%	El miembro paga el 50% después del deducible El miembro paga el 50% después del deducible El miembro paga el 50% después del deducible
Cirugía para pacientes ambulatorios en un hospital <ul style="list-style-type: none"> Cargos quirúrgicos del centro Radiografías y servicios de laboratorio para diagnóstico Servicios del médico (anestesiólogo, radiólogo, patólogo) 	El miembro paga el 0% después del deducible El miembro paga el 0% después del deducible El miembro paga el 0% después del deducible	El miembro paga el 50% después del deducible El miembro paga el 50% después del deducible El miembro paga el 50% después del deducible
Servicios en centros para pacientes internados <ul style="list-style-type: none"> Tarifa de habitación semiprivada diaria, comida y atención de enfermería general; cargos de Unidad de cuidados intensivos (ICU)/Unidad de cuidados coronarios (CCU); otros cargos hospitalarios médicamente necesarios, como servicios de radiografías y análisis de laboratorio para diagnóstico; atención para recién nacidos en la sala de neonatología Servicios del médico (anestesiólogo, radiólogo, patólogo) 	El miembro paga el 0% después del deducible	El miembro paga el 50% después del deducible
Centro de enfermería especializada <ul style="list-style-type: none"> Máximo de 60 días por periodo de beneficios 	El miembro paga el 0% después del deducible	El miembro paga el 50% después del deducible
Servicios de salud mental/abuso de sustancias (*los servicios se deben autorizar llamando al 1-800-292-2879)		
<ul style="list-style-type: none"> Servicios de salud mental y abuso de sustancias para pacientes internados* (tarifa del médico y el centro) Programa de hospitalización parcial (PHP) y Programa de terapia intensiva a nivel ambulatorio (IOP)* (tarifa del médico y el centro) Servicios de salud mental y abuso de sustancias para pacientes en el consultorio (tarifa del médico) Servicios de salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (tarifa del médico) 	El miembro paga el 0% después del deducible El miembro paga el 0% después del deducible Copago de \$25 El miembro paga el 0% después del deducible	El miembro paga el 50% después del deducible El miembro paga el 50% después del deducible El miembro paga el 50% después del deducible El miembro paga el 50% después del deducible
Servicios de atención médica a domicilio <ul style="list-style-type: none"> Máximo de 120 visitas por periodo de beneficios 	El miembro paga el 0% después del deducible	El miembro paga el 50% después del deducible
Servicios de atención a enfermos terminales <ul style="list-style-type: none"> Servicios para pacientes internados y ambulatorios cubiertos por el programa de tratamiento para pacientes terminales 	El miembro paga el 0% después del deducible	El miembro paga el 50% después del deducible
Equipo médico duradero (DME)	El miembro paga el 0% después del deducible	El miembro paga el 50% después del deducible
Servicios de ambulancia (cubiertos cuando sea médicamente necesario)	El miembro paga el 0% después del deducible	El miembro paga el 0% después del deducible

Medicamentos recetados (Opción A)**Nota:**

- Si un miembro recibe un medicamento de marca que pertenece al Nivel 2 o 3 y hay un medicamento genérico equivalente disponible, el miembro paga el copago del Nivel 1, más la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico. Esto se aplica aun cuando el médico especifique “dispensar como se indica” (DAW) o si se obtiene una autorización.
- Toda la distribución de costos del miembro (copagos, coseguro) para los beneficios de farmacia se aplicarán a los gastos máximos de bolsillo del plan.

La cobertura de medicamentos de mantenimiento de venta minorista o entrega a domicilio se proporciona en uno de los cuatro niveles conforme a la Lista de Medicamentos del Formulario. Los miembros deben presentar un formulario de reclamaciones de reembolso cuando utilicen una farmacia fuera de la red.

Los medicamentos especializados solo se pueden adquirir en una farmacia especializada.

▪ Medicamentos de venta minorista: Nivel 1 (suministro de 30 días)	Copago de \$15
▪ Medicamentos de venta minorista: Nivel 2 (suministro de 30 días)	Copago de \$35
▪ Medicamentos de venta minorista: Nivel 3 (suministro de 30 días)	Copago de \$60
▪ Medicamentos de venta minorista: Nivel 4 (medicamentos especializados) (suministro de 30 días)	El miembro paga el 20% hasta un máximo de \$300 por abastecimiento de la receta
▪ Medicamentos de mantenimiento de entrega a domicilio: Nivel 1 (suministro de 90 días)	Copago de \$15
▪ Medicamentos de mantenimiento de entrega a domicilio: Nivel 2 (suministro de 90 días)	Copago de \$70
▪ Medicamentos de mantenimiento de entrega a domicilio: Nivel 3 (suministro de 90 días)	Copago de \$180
▪ Medicamentos de mantenimiento de entrega a domicilio: Nivel 4 (medicamentos especializados) (suministro de 30 días)	El miembro paga el 20% hasta un máximo de \$300 por abastecimiento de la receta

Definiciones de los niveles de medicamentos recetados

Nivel 1: estos medicamentos tienen el copago más bajo. Este nivel incluye medicamentos de bajo costo o preferidos. También puede incluir medicamentos genéricos o de marca de un único proveedor o de proveedores múltiples.

Nivel 2: estos medicamentos tendrán un copago superior al de los medicamentos del primer nivel. Este nivel incluye medicamentos preferidos que generalmente tienen un precio módico. También puede incluir medicamentos genéricos o de marca de un único proveedor o de proveedores múltiples.

Nivel 3: estos medicamentos tendrán un copago superior al de los medicamentos del Nivel 2. Este nivel incluye medicamentos no preferidos o muy costosos. También puede incluir medicamentos genéricos o de marca de un único proveedor o de proveedores múltiples.

Nivel 4: los medicamentos recetados del Nivel 4 tendrán un coseguro o copago más alto que los del Nivel 3. Este nivel contiene los medicamentos especializados.

Incentivos de bienestar del plan

Herramientas y recursos que lo ayudarán a usted y a su familia a mantenerse sano. Los incentivos se aplican a empleados y cónyuges elegibles.

▪ Programa Future Moms 866-664-5404	Si participan del programa, las futuras mamás pueden obtener hasta \$200 en tarjetas de regalo de tiendas minoristas nacionales y, además, pueden recibir soporte y orientación personalizada. Si desea hablar con un enfermero instructor, llame al 866-664-5404 para recibir respuestas a sus preguntas sobre el embarazo, cualquier día y en cualquier momento.
Online Wellness Toolkit Para acceder al Online Wellness Toolkit en línea, visite bcbsga.com , regístrese o inicie sesión. Seleccione la pestaña Health & Wellness (Salud y bienestar) y luego seleccione la pestaña de Wellness Toolkit (Herramientas de bienestar).	Si participa del programa Online Wellness Toolkit, podrá obtener hasta \$150 en tarjetas de regalo de tiendas minoristas nacionales. Wellness Toolkit es un programa personalizado en línea para mejorar el bienestar, que se centra en el comportamiento físico, social y emocional que afecta su bienestar total. Para comenzar, complete una evaluación de salud para ayudarlo a identificar los objetivos en materia de salud y desarrollar un plan de bienestar. Su plan de bienestar utiliza los objetivos personales que usted se plantea para mantenerlo motivado y cambia con el tiempo a medida que usted avanza en dirección al cumplimiento.
▪ Línea de enfermería 24/7 NurseLine al 888-724-2583	Tenga acceso a enfermeros registrados en cualquier momento del día o la noche. Llame a la línea de enfermería 24/7 NurseLine al 888-724-2583.

Contribuciones Semanales

<i>Empleado Únicamente</i>	\$0.00
<i>Empleado + Cónyuge</i>	\$63.51
<i>Empleado + Hijo(s)</i>	\$54.84
<i>Empleado + Familia</i>	\$118.35

Blue Open Access POS – Resumen de Beneficios para Grupos Grandes OAP5 500/0 7.15K



Todos los beneficios están sujetos al deducible por año calendario, excepto aquellos con copagos dentro de la red, a menos que se indique lo contrario.

Todos los máximos de visitas de los beneficios por año calendario se combinan dentro y fuera de la red.

Además de los copagos, los miembros deben pagar las deducibles y los coseguros aplicables.

Los miembros también son responsables del pago de todos los costos que excedan los máximos del plan.

Es posible que algunos servicios requieran certificación previa para estar cubiertos por el plan.

Cuando visitan proveedores fuera de la red, los miembros deben pagar la diferencia entre la cantidad máxima aprobada y el monto que cobra el proveedor, así como cualquier copago, deducible y/o coseguro que corresponda.

Deducibles, coseguro y máximos	Nivel de beneficios dentro de la red	Nivel de beneficios fuera de la red
Deducible por año calendario* <ul style="list-style-type: none"> ▪ Individual ▪ Familiar 	\$500 \$1,500	\$1,500 \$4,500
Coseguro	El miembro paga el 0% El plan paga el 100%	El miembro paga el 50% El plan paga el 50%
Gasto máximo de bolsillo por año calendario* (incluye el deducible por año calendario) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Individual ▪ Familiar 	\$7,150 \$14,300	\$21,450 \$42,900
<p>*Los deducibles y los gastos máximos de bolsillo se cuentan por separado para los servicios dentro y fuera de la red. Un miembro de la familia puede alcanzar su deducible individual y ser elegible para la cobertura de gastos de atención médica antes que otros miembros de la familia. El deducible de cada familiar también se toma en cuenta para el deducible familiar y el gasto máximo de bolsillo. No es necesario que cada miembro alcance su deducible y gasto máximo de bolsillo para que el resto de la familia alcance el suyo. Cuando se alcanza el deducible familiar, todos los miembros de la familia pueden acceder a la cobertura de los gastos de atención médica. Los copagos, deducibles y coseguro médicos y de farmacia de este plan se aplicarán para alcanzar los gastos máximos de bolsillo. Lo siguiente no se aplica a los gastos máximos de bolsillo: elementos no cubiertos, primas del plan, cualquier facturación del saldo debido a servicios prestados fuera de la red o cualquier deducible del último trimestre trasladado desde el periodo de beneficios anterior.</p>		

Servicios cubiertos	Nivel de beneficios dentro de la red	Nivel de beneficios fuera
Servicios de atención preventiva para niños y adultos (servicios de atención preventiva que cumplen con los requisitos de las leyes federales y estatales, incluidas determinadas pruebas de detección, inmunizaciones y visitas médicas) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención médica para niños sanos, inmunizaciones ▪ Exámenes de salud periódicos ▪ Exámenes ginecológicos anuales ▪ Exámenes de próstata 	El miembro paga el 0% (no sujeto al deducible)	El miembro paga el 50% después del deducible (el deducible se cancela hasta los 5 años)
Visitas al consultorio médico por enfermedades y lesiones (incluye análisis de laboratorio, radiografías y procedimientos de diagnóstico) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico de cabecera (PCP) ▪ Médico especialista 	Copago de \$25 Copago de \$50	El miembro paga el 50% después del deducible El miembro paga el 50% después del deducible
Clínica en establecimientos minoristas (ubicadas en algunas farmacias: busque los proveedores dentro de la red a través de la herramienta de búsqueda "Find a Doctor" en bcbsga.com) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inmunizaciones ▪ Exámenes de salud periódicos 	Copago de \$25	El miembro paga el 50% después del deducible
Servicios médicos por maternidad <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención de obstetricia global (servicios prenatales, de parto y posparto) 	El miembro paga el 0% después del deducible	El miembro paga el 50% después del deducible
Consulta médica por Internet https://livehealthonline.com	Copago de \$25	El miembro paga el 50% después del deducible
Consulta de salud del comportamiento por Internet https://livehealthonline.com	Copago de \$25	El miembro paga el 50% después del deducible
Servicios para alergias <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visitas al consultorio, pruebas y administración de inmunizaciones para la alergia ▪ Suero para inmunizaciones contra la alergia 	Copago de \$25 por médico de cabecera o copago de \$50 por especialista El miembro paga el 0% después del deducible	El miembro paga el 50% después del deducible El miembro paga el 50% después del deducible
Cirugía en el consultorio (cirugía y administración de anestesia general)	El miembro paga el 0% después del deducible	El miembro paga el 50% después del deducible
Servicios de terapia en el consultorio <ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia física y terapia ocupacional: máximo combinado de 20 	Copago de \$50	El miembro paga el 50% después del

Servicios cubiertos	Nivel de beneficios dentro de la red	Nivel de beneficios fuera
visitas por periodo de beneficios <ul style="list-style-type: none"> Terapia del habla: máximo de 20 visitas por periodo de beneficios Atención de quiropráctica/Terapia de manipulación: máximo de 20 visitas por periodo de beneficios 		deducible
Otros servicios de terapia <ul style="list-style-type: none"> Quimioterapia, radioterapia, rehabilitación cardíaca (no hay un máximo de visitas para rehabilitación cardíaca en este plan; se requiere autorización previa) y terapia respiratoria/pulmonar 	El miembro paga el 0% después del deducible	El miembro paga el 50% después del deducible
Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes (MRI, MRA, CT y PET)	El miembro paga el 0% después del deducible	El miembro paga el 50% después del deducible
Servicios de atención urgente	Copago de \$60	El miembro paga el 50% después del deducible
Servicios de la sala de emergencias <ul style="list-style-type: none"> Solo enfermedades potencialmente mortales o lesiones accidentales graves El copago de la sala de emergencias será cancelado en caso de que sea admitido 	Copago de \$150; luego el miembro paga el 0%	Copago de \$150; luego el miembro paga el 0%
Cirugía para pacientes ambulatorios en un centro quirúrgico independiente <ul style="list-style-type: none"> Cargos quirúrgicos del centro Radiografías y servicios de laboratorio para diagnóstico Servicios del médico (anestesiólogo, radiólogo, patólogo) 	Copago de \$150; luego el miembro paga el 0% El miembro paga el 0% El miembro paga el 0%	El miembro paga el 50% después del deducible El miembro paga el 50% después del deducible El miembro paga el 50% después del deducible
Cirugía para pacientes ambulatorios en un hospital <ul style="list-style-type: none"> Cargos quirúrgicos del centro Radiografías y servicios de laboratorio para diagnóstico Servicios del médico (anestesiólogo, radiólogo, patólogo) 	El miembro paga el 0% después del deducible El miembro paga el 0% después del deducible El miembro paga el 0% después del deducible	El miembro paga el 50% después del deducible El miembro paga el 50% después del deducible El miembro paga el 50% después del deducible
Servicios en centros para pacientes internados <ul style="list-style-type: none"> Tarifa de habitación semiprivada diaria, comida y atención de enfermería general; cargos de Unidad de cuidados intensivos (ICU)/Unidad de cuidados coronarios (CCU); otros cargos hospitalarios médicamente necesarios, como servicios de radiografías y análisis de laboratorio para diagnóstico; atención para recién nacidos en la sala de neonatología Servicios del médico (anestesiólogo, radiólogo, patólogo) 	El miembro paga el 0% después del deducible	El miembro paga el 50% después del deducible
Centro de enfermería especializada <ul style="list-style-type: none"> Máximo de 60 días por periodo de beneficios 	El miembro paga el 0% después del deducible	El miembro paga el 50% después del deducible
Servicios de salud mental/abuso de sustancias (*los servicios se deben autorizar llamando al 1-800-292-2879) <ul style="list-style-type: none"> Servicios de salud mental y abuso de sustancias para pacientes internados* (tarifa del médico y el centro) Programa de hospitalización parcial (PHP) y Programa de terapia intensiva a nivel ambulatorio (IOP)* (tarifa del médico y el centro) Servicios de salud mental y abuso de sustancias para pacientes en el consultorio (tarifa del médico) Servicios de salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (tarifa del médico) 	El miembro paga el 0% después del deducible El miembro paga el 0% después del deducible Copago de \$25 El miembro paga el 0% después del deducible	El miembro paga el 50% después del deducible El miembro paga el 50% después del deducible El miembro paga el 50% después del deducible El miembro paga el 50% después del deducible
Servicios de atención médica a domicilio <ul style="list-style-type: none"> Máximo de 120 visitas por periodo de beneficios 	El miembro paga el 0% después del deducible	El miembro paga el 50% después del deducible
Servicios de atención a enfermos terminales <ul style="list-style-type: none"> Servicios para pacientes internados y ambulatorios cubiertos por el programa de tratamiento para pacientes terminales 	El miembro paga el 0% después del deducible	El miembro paga el 50% después del deducible
Equipo médico duradero (DME)	El miembro paga el 0% después del deducible	El miembro paga el 50% después del deducible
Servicios de ambulancia (cubiertos cuando sea médicamente necesario)	El miembro paga el 0% después del deducible	El miembro paga el 0% después del deducible

Medicamentos recetados (Opción A)**Nota:**

- Si un miembro recibe un medicamento de marca que pertenece al Nivel 2 o 3 y hay un medicamento genérico equivalente disponible, el miembro paga el copago del Nivel 1, más la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico. Esto se aplica aun cuando el médico especifique “dispensar como se indica” (DAW) o si se obtiene una autorización.
- Toda la distribución de costos del miembro (copagos, coseguro) para los beneficios de farmacia se aplicarán a los gastos máximos de bolsillo del plan.

La cobertura de medicamentos de mantenimiento de venta minorista o entrega a domicilio se proporciona en uno de los cuatro niveles conforme a la Lista de Medicamentos del Formulario. Los miembros deben presentar un formulario de reclamaciones de reembolso cuando utilicen una farmacia fuera de la red.

Los medicamentos especializados solo se pueden adquirir en una farmacia especializada.

▪ Medicamentos de venta minorista: Nivel 1 (suministro de 30 días)	Copago de \$15
▪ Medicamentos de venta minorista: Nivel 2 (suministro de 30 días)	Copago de \$35
▪ Medicamentos de venta minorista: Nivel 3 (suministro de 30 días)	Copago de \$60
▪ Medicamentos de venta minorista: Nivel 4 (medicamentos especializados) (suministro de 30 días)	El miembro paga el 20% hasta un máximo de \$300 por abastecimiento de la receta
▪ Medicamentos de mantenimiento de entrega a domicilio: Nivel 1 (suministro de 90 días)	Copago de \$15
▪ Medicamentos de mantenimiento de entrega a domicilio: Nivel 2 (suministro de 90 días)	Copago de \$70
▪ Medicamentos de mantenimiento de entrega a domicilio: Nivel 3 (suministro de 90 días)	Copago de \$180
▪ Medicamentos de mantenimiento de entrega a domicilio: Nivel 4 (medicamentos especializados) (suministro de 30 días)	El miembro paga el 20% hasta un máximo de \$300 por abastecimiento de la receta

Definiciones de los niveles de medicamentos recetados

Nivel 1: estos medicamentos tienen el copago más bajo. Este nivel incluye medicamentos de bajo costo o preferidos. También puede incluir medicamentos genéricos o de marca de un único proveedor o de proveedores múltiples.

Nivel 2: estos medicamentos tendrán un copago superior al de los medicamentos del primer nivel. Este nivel incluye medicamentos preferidos que generalmente tienen un precio módico. También puede incluir medicamentos genéricos o de marca de un único proveedor o de proveedores múltiples.

Nivel 3: estos medicamentos tendrán un copago superior al de los medicamentos del Nivel 2. Este nivel incluye medicamentos no preferidos o muy costosos. También puede incluir medicamentos genéricos o de marca de un único proveedor o de proveedores múltiples.

Nivel 4: los medicamentos recetados del Nivel 4 tendrán un coseguro o copago más alto que los del Nivel 3. Este nivel contiene los medicamentos especializados.

Incentivos de bienestar del plan

Herramientas y recursos que lo ayudarán a usted y a su familia a mantenerse sano. Los incentivos se aplican a empleados y cónyuges elegibles.

▪ Programa Future Moms 866-664-5404	Si participan del programa, las futuras mamás pueden obtener hasta \$200 en tarjetas de regalo de tiendas minoristas nacionales y, además, pueden recibir soporte y orientación personalizada. Si desea hablar con un enfermero instructor, llame al 866-664-5404 para recibir respuestas a sus preguntassobre el embarazo, cualquier día y en cualquier momento.
Online Wellness Toolkit Para acceder al Online Wellness Toolkit en línea, visite bcbsga.com , regístrese o inicie sesión. Seleccione la pestaña Health & Wellness (Salud y bienestar) y luego seleccione la pestaña de Wellness Toolkit (Herramientas de bienestar).	Si participa del programa Online Wellness Toolkit, podrá obtener hasta \$150 en tarjetas de regalo de tiendas minoristas nacionales. Wellness Toolkit es un programa personalizado en línea para mejorar el bienestar, que se centra en el comportamiento físico, social y emocional que afecta su bienestar total. Para comenzar, complete una evaluación de salud para ayudarlo a identificar los objetivos en materia de salud y desarrollar un plan de bienestar. Su plan de bienestar utiliza los objetivos personales que usted se plantea para mantenerlo motivado y cambia con el tiempo a medida que usted avanza en dirección al cumplimiento.
▪ Línea de enfermería 24/7 NurseLine al 888-724-2583	Tenga acceso a enfermeros registrados en cualquier momento del día o la noche. Llame a la línea de enfermería 24/7 NurseLine al 888-724-2583.

Contribuciones Semanales

<i>Empleado Únicamente</i>	\$8.86
<i>Empleado + Cónyuge</i>	\$82.13
<i>Empleado + Hijo(s)</i>	\$72.13
<i>Empleado + Familia</i>	\$145.39



Cobertura Dental Coverage - BCBSGA

Tipo de Plan	PPO	
		Fuera de la Red
	Dentro de la Red	(Sujeto a Usual, Razonable y de Costumbre)
Deducible	Individual: \$50	
	Familiar: \$150	
Beneficio anual máximo	\$1,000	
Servicios preventivos (examen oral, limpieza, rayo x)	100%	100%
Servicios básicos (rellenos, extracciones simples)	80% después del deducible	80% después del deducible
Servicios mayores (coronas, dentaduras)	50% después del deducible	50% después del deducible
Ortodoncia (niños hasta 19 años)	50% después del deducible	50% después del deducible
Orthodontia Lifetime Maximum Benefit	\$1,000	
Contribución semanal		
<i>Empleado únicamente</i>	\$5.90	
<i>Empleado + cónyuge</i>	\$11.91	
<i>Empleado + hijo(s)</i>	\$12.64	
<i>Empleado + familia</i>	\$19.90	
Cobertura de Visión - EyeMed		
	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Vista comprensiva	Una vez cada 12 meses	
<i>Exámenes</i>	\$10 copago	Reembolso de hasta \$30
Lentes	Una vez cada 12 meses	
<i>Simple</i>	\$25 copago	Reembolso de hasta \$25
<i>Bifocal</i>	\$25 copago	Reembolso de hasta \$40
<i>Trifocal</i>	\$25 copago	Reembolso de hasta \$60
Marcos	Una vez cada 24 meses	
<i>Standard</i>	\$0 copago, Beneficio de \$130, 20% descuento del balance arriba de \$130	Reembolso de hasta \$65
Lentes de contacto (en lugar de lentes y marcos)	Una vez cada 12 meses	
<i>Medicamento necesarios</i>	\$0 copago, Pagado por completo	Beneficio de \$200
<i>Convencional y desechables</i>	\$0 Copago, Beneficio de \$120, 15% descuento del balance arriba de \$120	Reembolso de hasta \$96
Contribución semanal		
<i>Empleado únicamente</i>	\$1.41	
<i>Empleado + cónyuge</i>	\$2.68	
<i>Empleado + hijo(s)</i>	\$2.82	
<i>Empleado + familia</i>	\$4.15	

Cuenta : lexible 8 e ; astos (FSA)

Vista general

Permite a los participantes pagar por el cuidado de la salud (médico, dental y de visión) y/o gastos de cuidado de dependientes con dólares antes de los impuestos. Medicamentos sin recetas, de venta libre no son reembolsables bajo una cuenta FSA sin una receta de un médico. No se puede cambiar de elección durante el año calendario, excepto debido a un cambio en la situación familiar

Limites de aplazamiento

Cuidado de la Salud: Contribución máxima de \$2,600 anual
 Contribución mínima anual de \$500 Cuidado de dependientes: Máximo de \$5,000 anual (\$2,500 si usted está casado y presenta por separado). Contribución mínima de \$500 anual

Una Cuenta Flexible De Gastos es un beneficio patrocinado por el empleador que le permite pagar por ciertos gastos médicos de su bolsillo (como los copagos por consultas médicas y recetas) con sus ingresos antes de impuestos. Debido a que este beneficio utiliza dólares antes de impuestos, una cuenta flexible de gastos es una gran manera de ahorrar dinero en sus costos de atención médica, así como de aumentar su salario neto que llevará a casa!

INCREMENTE SU SALARIO NETO CON UNA FSA

	Sin un Flex Plan	Con un Flex Plan
Ingresos	\$40,000	\$40,000
Contribuciones	\$0	\$2,000
Deducciones de impuestos (35% est.)	\$14,000	\$13,300
Ingresos después de impuestos	\$26,000	\$26,700
Incremento en su salario neto	\$0	\$700

¿DÓNDE PUEDO UTILIZAR MIS FLEX DOLLARS?

Usted puede usar sus Flex dollars en lugares elegible para el FSA, tales como los consultorios médicos y de dentistas, farmacias y centros de servicio para la vista para los gastos que se consideran elegibles por el FSA (consulte la lista de gastos elegibles en discoverybenefits.com).

¿QUÉ ES UNA CUENTA PARA EL CUIDADO DE DEPENDIENTES (DCA)?

Al igual que la cuenta FSA de Salud, la cuenta flexible de gastos para el cuidado de dependientes bajo la IRC Sección 125 le permite evitar tanto FICA y como Impuestos Federales sobre los gastos para el cuidado de hijos y dependientes calificados. Para participar en este plan, usted, el empleado, y su cónyuge (si está casado) debe cumplir con los siguientes criterios:

- El cuidado por el cual usted está pagando debe ser para uno o más dependientes que califiquen.
- Sus gastos de cuidado de dependientes deben ser generados para que usted pueda trabajar o buscar trabajo.

¿DÓNDE PUEDO UTILIZAR MIS FLEX DOLLARS PARA EL CUIDADO DE MIS DEPENDIENTES?

- Su dependiente menor de 13 años a quien reclama como dependiente para propósitos de impuestos.
- Su cónyuge que esté física o mentalmente incapaz de cuidar de sí mismo/a sí misma.
 Su dependiente que esté física o mentalmente incapaz de cuidar de sí mismo/a sí misma, y para quién se puede reclamar una exención para propósitos de impuestos.
- Su hijo(a), incluso si no se le puede reclamar como una exención en su declaración de impuestos, si usted está divorciado o separado y usted es el padre con la custodia

¿CUÁNTO PUEDO CONTRIBUIR?

Reembolsos antes de impuestos de los gastos de cuidado de dependientes calificados no pueden exceder \$5000 (\$2,500 si es casado y presenta la declaraciones de impuestos por separado). Si usted y su cónyuge participan en cuentas de gastos de cuidado de dependientes separadas, la cantidad máxima que puede contribuir a ambos planes es un total **combinado** de \$5,000.



Seguro de Vida, Cobertura de Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) y Discapacidad - Prudential

Cobertura de Seguro de Vida y Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D)

Seguro Básico de Vida y Muerte Accidental y Desmembramiento del empleado	\$30,000
---	----------

Contribución	<i>El empleador le provee con esta cobertura</i>
---------------------	--

Discapacidad a Corto Plazo (STD)

Cantidad del beneficio	60% del salario semanal por un máximo de \$1,250 semanal por 12 semanas
-------------------------------	---

Cuando empiezan los beneficios	7° día por discapacidad debido a un accidente, 7° día debido a enfermedad
---------------------------------------	---

Contribución	<i>El empleador le provee con esta cobertura</i>
---------------------	--

Discapacidad a Largo Plazo (LTD)

Cantidad del beneficio	60% del salario mensual por un máximo de \$6,000 mensual
-------------------------------	--

Cuando empiezan los beneficios	En el 91° día de discapacidad causada por la misma enfermedad o lesión (o relacionada)
---------------------------------------	--

Contribución	<i>El empleador le provee con esta cobertura</i>
---------------------	--

Cobertura Voluntaria de Seguro de Vida y Muerte Accidental y Desmembramiento

Empleado (Empleado nuevo)	Incrementos de \$25,000 hasta \$100,000 sin evidencia de asegurabilidad (emisión garantizada solamente disponible en la elegibilidad inicial, sujeta a los términos del plan), hasta 7 veces el salario anual básico sin exceder \$500,000
----------------------------------	--

Cónyuge (Empleado nuevo)	Incrementos de \$5,000 hasta \$25,000 sin evidencia de asegurabilidad (emisión garantizada solamente disponible en la elegibilidad inicial, sujeta a los términos del plan), sin exceder \$100,000. La cobertura del cónyuge no puede exceder el 50% del monto de la cobertura del empleado.
---------------------------------	--

Seguro de vida para dependientes	Incrementos de \$1,000 hasta un máximo de \$10,000
---	--

Tarifas para el empleado
Contribuciones mensuales basadas en la edad del empleado y la cobertura

<u>Edad</u>	<u>Cobertura empleado y cónyuge – Prima mensual por:</u>					
	\$1,000	\$10,000	\$20,000	\$40,000	\$50,000	\$100,000
<30	\$0.13	\$1.28	\$2.56	\$5.12	\$6.40	\$12.80
30-34	\$0.16	\$1.55	\$3.10	\$6.20	\$7.75	\$15.50
35-39	\$0.18	\$1.80	\$3.60	\$7.20	\$9.00	\$18.00
40-44	\$0.22	\$2.18	\$4.36	\$8.72	\$10.90	\$21.80
45-49	\$0.32	\$3.20	\$6.40	\$12.80	\$16.00	\$32.00
50-54	\$0.51	\$5.07	\$10.14	\$20.28	\$25.35	\$50.70
55-59	\$0.84	\$8.36	\$16.72	\$33.44	\$41.80	\$83.60
60-64	\$1.24	\$12.40	\$24.80	\$49.60	\$62.00	\$124.00
65-69	\$2.24	\$22.40	\$44.80	\$89.60	\$112.00	\$224.00
70<	\$3.89	\$38.92	\$77.84	\$155.68	\$194.60	\$389.20

Cobertura para hijos dependientes – Prima mensual por:

Hijo(s) Elegible(s)	\$1,000	\$0.29
	\$2,000	\$0.58
	\$3,000	\$0.87
	\$4,000	\$1.16
	\$5,000	\$1.45
	\$6,000	\$1.74
	\$7,000	\$2.03
	\$8,000	\$2.32
	\$9,000	\$2.61
	\$10,000	\$2.91

Tarifa mensual para AD&D Voluntario	Empleado - \$0.049 / \$1000	Hijo - \$0.010 / \$1000	Cónyuge - \$0.020 / \$1000
--	------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

Notificaciones del Plan de Salud Anual 2017

- **Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 [Women's Health and Cancer Rights Act of 1998]**

¿Sabía usted que su plan, tal y como lo requiere la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, ofrece beneficios para servicios relacionados con la mastectomía, incluyendo reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre los senos, prótesis y complicaciones que resulten de una mastectomía (incluyendo linfedema)?. Favor de llamar al administrador de su plan para obtener más información.

- **La Ley de Información Genética Antidiscriminatoria [Genetic Information Nondiscrimination Act (GINA)]**

La Ley de Información Genética Antidiscriminatoria de 2008, también llamada GINA (por sus siglas en inglés) es una nueva ley federal que protege a los ciudadanos estadounidenses de ser tratados injustamente debido a diferencias en su ADN que puedan afectar su salud. La nueva ley prohíbe la discriminación por parte de compañías de seguro médico y empleadores. El presidente firmó la propuesta y la hizo ley federal el 21 de Mayo del 2008. Las partes de la ley que tienen que ver con las compañías de seguros médicos entrarán en efecto antes de Mayo del 2009, y aquellas que tienen que ver con los empleadores entrarán en vigor antes de Noviembre del 2009.

¿Quién necesita protección de la discriminación genética?

Todo mundo debería preocuparse sobre la posibilidad de discriminación genética. Cada persona tiene docenas de diferencias en su ADN que podrían aumentar o disminuir su probabilidad de desarrollar una enfermedad como la diabetes, enfermedad cardiovascular, cáncer o la enfermedad de Alzheimer. Es importante recordar que estas diferencias en su ADN no siempre significan que alguien desarrollará una enfermedad, simplemente que el riesgo de desarrollarla es mayor.

Más y más pruebas están siendo desarrolladas para encontrar diferencias en nuestra ADN que afectan nuestra salud. Estas pruebas (llamadas pruebas genéticas) se convertirán en una parte rutinaria de nuestro cuidado de la salud en el futuro. Los proveedores del cuidado de la salud utilizarán información sobre el ADN de cada persona para desarrollar formas más individualizadas de detectar, tratar y prevenir enfermedades. Pero a menos que esta información genética sea protegida, podría ser utilizada para discriminar contra las personas.

¿Por qué fue necesaria la ley?

La ley fue necesaria para disminuir las preocupaciones sobre discriminación que podrían prevenir a algunas personas de someterse a pruebas genéticas que podrían resultar beneficiosas para su salud. La ley también permite a las personas participar en estudios de investigación sin la preocupación que su ADN pueda ser utilizado en su contra por las compañías de seguros médicos o en su lugar de trabajo.

- **Divulgación y La Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos [Newborn's Act]**

Los planes grupales de seguro médico y las compañías de seguros médicos por lo general, de acuerdo con las leyes federales, no pueden limitar los beneficios para ninguna duración de hospitalización en conexión con el nacimiento para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas tras un parto vaginal o menos de 96 horas tras una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el médico encargado de la madre o del recién nacido, tras consultar con la madre, dar de alta a la madre o al recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas según el caso). En cualquier caso, los planes y las aseguradoras no podrán, de acuerdo con las leyes federales, requerir que un proveedor obtenga la autorización del plan o de la compañía de seguros médicos para indicar una duración de hospitalización que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

- **Notificación de las Prácticas de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud [HIPAA]**

Esta ley requirió a los planes de seguros médicos que enviaran a los participantes una notificación inicial de las prácticas de privacidad y después enviar recordatorios cada tres años. Esta notificación es un recordatorio de que si usted desea ver u obtener otra copia de la Notificación de Privacidad HIPAA del plan de seguro médico, favor de contactar a su Departamento de Recursos Humanos.

Notificación Importante de Juneau Construction Company acerca de su Cobertura de Medicamentos por Receta y Medicare

Favor de leer esta notificación detalladamente y guardarla en un lugar donde la pueda volver a consultar. Esta notificación contiene información acerca de su cobertura actual de medicamentos por receta con Juneau Construction Company y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos por receta de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si usted desea unirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si usted está considerando la opción de registrarse en uno de estos planes, debería comparar su cobertura actual, incluyendo cuáles son los medicamentos cubiertos y a cual costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen la cobertura de medicamentos por receta de Medicare en su área. Al final de esta notificación usted podrá encontrar información acerca de dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos por receta.

Hay dos puntos importantes que usted debe saber acerca de su cobertura actual y de la cobertura de Medicare para medicamentos por receta:

1. La cobertura de medicamentos por receta de Medicare entro en vigor en 2006 para todas aquellas personas con cobertura de Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se registra en un Plan de Medicare de Medicamentos por Receta o si se registra en un Plan Advantage de Medicare (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos por receta. Todos los planes de cobertura de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura ofrecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Juneau Construction Company ha determinado que la cobertura de medicamentos por receta que ofrecen los Planes Grupales de Seguro Médico es, en promedio para todos los participantes, equivalente a lo que ofrece la cobertura estándar de medicamentos por receta de Medicare y por lo tanto, se considera Cobertura . Debido a que su cobertura actual se considera Cobertura , usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalización) si usted después decide unirse a un plan de cobertura de medicamentos por receta de Medicare.

¿Cuándo puede unirse a un plan de cobertura de medicamentos por receta de Medicare?

Usted puede unirse a un plan de cobertura de medicamentos por receta de Medicare cuando inicialmente se vuelve elegible para Medicare y cada año del 15 de Octubre al 7 de Diciembre.

Sin embargo, si usted pierde su cobertura actual acreditable de medicamentos por receta, por razones ajenas a usted, también será elegible para un Periodo de Registro Especial (SEP; por sus siglas en inglés) de dos (2) meses en el cual se podrá registrar en un plan de cobertura de medicamentos por receta de Medicare.

¿Qué ocurre con su cobertura actual si usted decide unirse a un Plan de Cobertura de Medicamentos por Receta de Medicare?

Si usted decide unirse a un plan de cobertura de medicamentos por receta de Medicare, su cobertura actual con Juneau Construction Company podría verse afectada.

Si usted decide unirse a un plan de cobertura de medicamentos por receta de Medicare y elimina su cobertura actual con Juneau Construction Company, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrían no recuperar esta cobertura en el futuro.

¿Cuándo pagara usted una prima más alta (una penalización) para registrarse en un plan de cobertura de medicamentos de Medicare?

Usted también debería saber que si usted cancela o pierde su cobertura actual con Juneau Construction Company y no se registra en un plan de cobertura de medicamentos por receta de Medicare dentro de los siguientes 63 días continuos a partir de la fecha en la que termina su cobertura, usted podría terminar pagando una prima más alta (una penalización) para unirse a un plan de cobertura de medicamentos de Medicare más adelante.

☐

Si usted estuviera sin cobertura acreditable de medicamentos por receta durante 63 días continuos o más, su prima mensual podría aumentar al menos 1 % de la prima base de un beneficiario de Medicare al mes por cada mes que usted no contó con dicha cobertura. Por ejemplo, si usted está diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima podría ser al menos 19 % más alta de manera consistente que la prima base de un beneficiario de Medicare. Usted podría terminar pagando esta prima más alta (una penalización) mientras siga teniendo cobertura de medicamentos por receta de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente Octubre para poder registrarse.

Para más información sobre esta Notificación o sobre su cobertura actual de medicamentos por receta...

Póngase en contacto con la persona que se indica a continuación para recibir más información. **NOTA:** Usted recibirá esta notificación cada año. También la recibirá antes del próximo periodo en el que usted podrá registrarse en un plan de cobertura de medicamentos de Medicare, así como en caso de que esta cobertura a través de Juneau Construction Company llegara a cambiar. Usted también puede solicitar una copia de esta notificación en cualquier momento.

Para más información sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos por receta de Medicare.

Información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos por receta puede encontrarse en el manual titulado “Medicare & You”. Usted recibirá una copia de este manual en el correo cada año por parte de Medicare. También es posible que usted sea contactado directamente por parte de los planes de cobertura de medicamentos por receta de Medicare.

Para más información acerca de la cobertura de medicamentos por receta de Medicare:

- Visite www.medicare.gov

☐ Llame a su Programa Estatal de Ayuda con Seguros Médicos (vea la portada interna trasera de su copia del manual “Medicare & You” para obtener su número telefónico) para recibir asistencia personalizada.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios con problemas de audición y del habla deben llamar al 1-877-486-2048.

Si usted tiene ingresos o recursos limitados, existe ayuda disponible para ayudarle a pagar por la cobertura de medicamentos por receta de Medicare. Para obtener información acerca de esta ayuda adicional, visite la página web del Departamento del Seguro Social en www.socialsecurity.gov, o llámelos al 1-800-772-1213 (personas con problemas de audición y del habla: 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde esta notificación de Cobertura Acreditable. Si usted decide unirse a uno de los planes de cobertura de medicamentos por receta de Medicare, es posible que tenga que proporcionar una copia de esta notificación al momento de registrarse para demostrar si ha mantenido cobertura continua y, por lo tanto, si deberá o no pagar una prima más alta (una penalización).

Fecha:	Agosto 2017
Nombre de la entidad:	Juneau Construction Company
Remitente/Contacto:	Jackie Goldstone
Dirección:	3715 Northside Parkway, NW, Bldg 300, Ste 500 Atlanta, GA 30327
Número de teléfono:	404-287-6000



Ayuda con el pago de primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP; por sus siglas en inglés)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y son elegibles para recibir cobertura de seguro médico por parte de su empleador, es posible que su estado cuente con un programa de asistencia con el pago de primas que podría ayudarle a pagar por la cobertura, utilizando los fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, tampoco serán elegibles para estos programas de asistencia con el pago de las primas pero es posible que puedan adquirir cobertura individual de seguro médico a través del Health Insurance Marketplace [Mercado de Seguros Médicos]. Para más información, favor de visitar www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que se indican a continuación, póngase en contacto con su oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si la asistencia con los pagos de las primas está disponible.

Si usted o sus dependientes no se encuentran actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y usted cree que o bien usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, póngase en contacto con su oficina estatal de Medicaid o CHIP o llame al 1-877-KIDS NOW o visite www.insurekidsnow.gov para averiguar la forma de presentar su aplicación. En caso de que usted califique, pregúntele a su estado si cuenta con un programa que podría ayudarle a pagar las primas para un plan patrocinado por su empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con el pago de las primas bajo Medicaid o CHIP, así como elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle que se inscriba en el plan de su empleador en caso de que no esté inscrito. A esto se le llama una oportunidad especial de registro, y usted debe solicitar cobertura dentro de los primeros 60 días a partir de la fecha en la que se estableció su elegibilidad para recibir asistencia con el pago de las primas. En caso de que usted tenga preguntas acerca de como inscribirse en el plan de su empleador, favor de contactar al Departamento de Labor en www.askebsa.dol.gov o llamando al 1-866-444-EBSA (3272).

Si usted vive en uno de los siguientes estados, usted podría ser elegible para recibir asistencia con el pago de las primas del plan de seguro médico de su empleador. Póngase en contacto con su Estado para obtener más información sobre su elegibilidad –

FLORIDA - Medicaid	GEORGIA - Medicaid
Sitio Web: http://flmedicaidtplrecovery.com/ Teléfono: 1-877-357-3268	Sitio Web: http://dch.georgia.gov/medicaid - Haga clic en Health Insurance Premium Payment (HIPP) Teléfono: 404-656-4507

Para verificar si cualquier otro estado ha establecido un programa de asistencia para primas desde el 31 de julio de 2014 o para recibir mas información acerca de derechos especiales de inscripción contacte a cualquiera de los siguientes:

U.S. Department of Labor
Employee Benefits Security Administration
www.dol.gov/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Menú Opción 4, Ext. 61565

Aviso

Si usted está rechazando la inscripción para usted o para sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico, usted podría en un futuro, registrarse usted mismo o a sus dependientes, en este plan, siempre y cuando usted solicite su inscripción dentro de los primeros 30 días después de que termine su otra cobertura y cumpla con otros requisitos especiales de inscripción (Estos requisitos se encuentran en su Certificado de Cobertura).

Además, si usted tiene un nuevo dependiente a causa de matrimonio, nacimiento, adopción o por dar en adopción, es posible que pueda registrarse a usted mismo y a sus dependientes, siempre y cuando usted solicite su inscripción dentro de los primeros 30 días después de la fecha del matrimonio, nacimiento, adopción, o colocación en adopción.

Existe un periodo adicional de inscripción en caso de que un empleado o dependiente pierda su elegibilidad para el programa de seguro médico para niños (CHIP), Medicaid o se vuelva elegible para asistencia con el pago de las primas de Medicaid o CHIP. El periodo de inscripción especial les permite a los niños o a sus padres, tener 60 días en vez de 30 para solicitar su inscripción.

Además, es posible que su plan de seguro médico no establezca reglas de elegibilidad (incluyendo de elegibilidad continua) para que una persona se inscriba bajo los términos y las condiciones del plan en base a un factor relacionado con su estado de salud.

Favor de completar en caso de que esté rechazando cobertura para usted o para cualquier dependiente:

Si usted está rechazando cobertura para usted o para cualquiera de sus dependientes elegibles, usted debe llenar la siguiente información si desea preservar sus derechos de Inscripción Especial tal y como se explicaron anteriormente. Si usted rechaza cobertura para usted mismo, la razón es:

Cuento con otra cobertura

Otro motivo

Si usted rechaza cobertura para uno o más de sus dependientes elegibles, favor de indicar el nombre del dependiente a continuación e indicar el motivo por el cual se rechaza la cobertura.

Nombre _____

Dependiente tiene otra cobertura

Otro motivo

Nombre _____

Dependiente tiene otra cobertura

Otro motivo

Nombre _____

Dependiente tiene otra cobertura

Otro motivo

Nombre _____

Dependiente tiene otra cobertura

Otro motivo

Nombre del empleado - Escriba en letra de molde

Número de seguro social del empleado

Firma del empleado

_____/_____/_____
Fecha

**Formulario de Elección de Exención de Seguro de Juneau Construction – Inscripción Anual
Plan para el Año 2017-2018**

Salud: **BlueCross and BlueShield of Georgia**
BCBS OPEN ACCESS Deducible anual de \$1,500 para Punto de Servicio **BCBS OPEN ACCESS Deducible anual de \$500 para Punto de Servicio**

- | | | | | | |
|---|---------|---------------------|---|-------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Individual | \$0.00 | por periodo de pago | <input type="checkbox"/> Individual | \$8. | por periodo de pago |
| <input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge | \$6 . 1 | por periodo de pago | <input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge | \$. | por periodo de pago |
| <input type="checkbox"/> Empleado/Hijos | \$5 . | por periodo de pago | <input type="checkbox"/> Empleado/Hijos | \$. | por periodo de pago |
| <input type="checkbox"/> Familia | \$11 .3 | por periodo de pago | <input type="checkbox"/> Familia | \$1 . | por periodo de pago |

No quiero el seguro de salud que ofrece Juneau Construction Company

Cuenta de Flexible Gastos: (Año del plan: enero hasta diciembre)

- Yo elijo participar en la Cuenta de Gastos para el Cuidado de la Salud
 \$_____ por año (\$500 mínimo; \$2, 00 máximo)
- Yo elijo participar en la Cuenta de Gastos para el Cuidado de Dependientes
 \$_____ por año (\$500 mínimo; \$5,000 máximo)

Dental: **BlueCross and BlueShield of Georgia**

- | | | |
|---|-------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Individual | \$5. | por periodo de pago |
| <input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge | \$11. | por periodo de pago |
| <input type="checkbox"/> Empleado/Hijos | \$12. | por periodo de pago |
| <input type="checkbox"/> Empleado/Familia | \$19. | por periodo de pago |

No quiero el seguro dental que ofrece Juneau Construction Company

Vida: **Prudential**

- Sólo deseo el seguro sin consto para el empleado (\$30,000 Vida Basico, Discapacidad a Corto Plazo y Largo Plazo)**

Adición:

- He solicitado seguro de vida adicional para mí por la cantidad de _____
- He solicitado seguro de vida adicional para mí cónyuge por la cantidad de _____
- He solicitado seguro de vida adicional para mis hijos por la cantidad de _____

Favor de Notar: Se requerirá prueba de elegibilidad para cobertura de seguro para aquellos empleados que sean recientemente elegibles que elijan cantidades por encima de la cantidad de emisión garantizada de \$ 100,000 para empleado y \$25,000 para cónyuge y también será requerida para cualquiera que desee aumentar las cantidades de seguro de vida y para las inscripciones tardías (aquellos que declinaron cobertura en el pasado pero están eligiendo obtener cobertura ahora).

Visión: **EyeMed**

- | | | |
|---|--------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Individual | \$1.41 | por periodo de pago |
| <input type="checkbox"/> Empleado + Cónyuge | \$2.68 | por periodo de pago |
| <input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s) | \$2.82 | por periodo de pago |
| <input type="checkbox"/> Empleado + Familia | \$4.15 | por periodo de pago |

No quiero el seguro de visión que ofrece Juneau Construction Company

Entiendo las opciones anteriores como me fueron presentadas. Entiendo que las selecciones que he hecho permanecerán en vigor hasta que tenga un evento calificativo que permitiría la inscripción durante un periodo de treinta (30) días O hasta el próximo periodo anual de inscripción. Los eventos calificativos incluyen, más no de forma limitativa: matrimonio, divorcio, nacimiento, adopción, muerte y pérdida o aumento de cobertura.

Información del Empleado (Favor de escribir con letra de molde)

Nombre: _____ **Número de seguro social:** _____

Dirección: _____

Sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de contratación: _____

Información del (los) Dependiente(s) (Escriba en letra de molde)

Nombre: (Apellido, Primer nombre)	Número de seguro social:	Fecha de nacimiento:	Sexo:	Relación:

Firma del empleado: _____

Fecha: _____



Hoja de Recolección de Datos para la Cuenta Flexible de Gastos (FSA)

Por favor complete y presente esta hoja de trabajo con su empleador. Este es un documento interno usado por su empleador para propósito de recolección de información. Las hojas de trabajo presentadas con Discovery Benefits no serán procesadas.

*= Campos requeridos

Paso 1: Información del participante

<p>Juneau Construction Company</p> <p>* Nombre del empleador</p> <p>Nombre del participante (Nombre, segundo nombre, apellido)</p> <p>* Dirección del participante</p> <p>* Ciudad</p> <p>Teléfono durante el día</p>	<p>* Número de identificación del empleado</p> <p>* Número de seguro social</p> <p>Correo electrónico (si es provisto, todas las notificaciones serán enviadas por email)</p> <p>* Estado * Código postal</p> <p>* Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)</p> <p>* Fecha de contratación (mm/dd/aaaa)</p>
<p>Sexo (Por favor encierre en un círculo): Masculino / Femenino</p> <p>Estado civil (Por favor encierre en un círculo): Casado / Soltero</p>	

Paso 2: Primas para los Empleados

Si a usted se le realiza una deducción de nómina para el pago de las primas de seguros, las primas elegibles serán sustraídas antes de que se calculen los impuestos. Usted será inscrito automáticamente en esta porción de su Plan Sección 125. Sin embargo, si usted así lo desea, usted puede elegir no participar en la parte de Conversión de Primas de Empleados del Plan contactando a su Departamento de Recursos Humanos y completando el formulario de exención. Favor de notar: las primas de seguros no son elegibles para reembolso con su Cuenta de Medicaid o de Gastos Médicos Limitados.

Paso 3: Información de Registro y Selección

* **Tipo de plan** (si está inscrito en un HSA, usted no es elegible para inscribirse en el Medical FSA. Sin embargo usted es elegible para ambos, el Limited Medical FSA y el FSA para Cuidado de dependientes si son ofrecidos por el empleador).

* **Elección anual** (si es pagada por el empleador anote ER al lado de la cantidad)

* **Número de pagos por periodo** (si se inscribe a medio año, por favor anote el número de periodos de pago remanentes durante el año del plan)

* **Cantidad por periodo de pago** (a deducir de cada periodo de pago)

* **Fecha del primer pago de nomina** (mm/dd/aaaa)

* **Fecha efectiva del participante** (mm/dd/aaaa)

* **Frecuencia de pago** (por favor encierre una en un círculo)

FSA Medico	Cuenta de Cuidado de Dependientes	FSA Limitada
Límite establecido por el empleador	Límite establecido por el empleador hasta el máximo del IRS	Límite establecido por el empleador por el cual se ofrece este plan
\$	\$	\$
÷	÷	÷
=	=	=
Mensual / Semi Mensual / Bi-Semanal 24 / Bi-Semanal 26 / Semanal / Otro		

Paso 4: Autorización

Yo autorizo a mi empleador para que reduzca mi pago cada periodo de pago de la manera que se indica anteriormente. Entiendo que mi deducción es por un plan anual flexible y que yo no puedo cambiar o cancelar mi selección a menos que tenga un evento de vida calificativo de acuerdo con la Sección 125 del Código del Departamento de Hacienda y presente mi solicitud dentro de un periodo razonable de tiempo como lo determinen el Departamento de Hacienda y mi empleador. Entiendo la estipulación de pérdida del plan y que mis beneficios del Seguro Social y mis beneficios federales de desempleo pueden reducirse debido a la reducción en mi salario para efectos de impuestos. Además, autorizo la divulgación de cualquier información que sea necesaria para comprobar reclamaciones presentadas contra mi Cuenta Flexible de Gastos.

* Firma del participante	* Fecha
--------------------------	---------

Paso 5: Rechazo (**NOTA: únicamente llene esta sección si NO está eligiendo inscribirse en una Cuenta Flexible de Gastos)

Entiendo que si decido no participar en una Cuenta Flexible de Gastos (FSA), no podré ingresar al programa hasta el siguiente año del plan a menos que tenga un evento de vida calificativo de acuerdo con la Sección 125 del Código del Departamento de Hacienda y presente el cambio dentro de los primeros 30 días a partir del cambio de estatus.

* Firma del participante	* Fecha
--------------------------	---------



JUNEAU

CONSTRUCTION COMPANY

3715 Northside PKWY NW | Building 300, Suite 500 | Atlanta, GA 30327

Descarga de Responsabilidad: Este tabloide contiene un resumen de los beneficios ofrecidos por Juneau Construction. En caso de que exista alguna diferencia entre este resumen y cualquier documento del plan, el documento del plan gobernará. Juneau Construction se reserva el derecho de modificar o eliminar estos o cualquier otro beneficio en cualquier momento y por cualquier motivo.

