



**Employnet**  
WORKFORCE SOLUTIONS

Recursos Para Empleados

Planes De Beneficios

Programas Voluntarios

Inscripción

# ***Guía De Beneficios Para Empleados Temp***

***Año Del Plan: 2024-2025***

Este folleto contiene información importante sobre su programa de beneficios para empleados.

*Presentado por BJA Partners*

# Bienvenido

Este folleto es una descripción general de los beneficios que se le ofrecen. Creemos que estamos brindando un programa que ofrece no solo calidad y valor, sino que también satisface las diversas necesidades de nuestra fuerza laboral

La inscripción abierta es un periodo corto cada año en el que puede realizar cambios en sus beneficios. Esta guía describirá todos los diferentes beneficios para que pueda identificar qué ofertas son mejores para usted y su familia.

Las elecciones que realice durante la inscripción abierta entrarán **en vigencia del 08/01/2024 al 07/31/2025.**

*Este folleto es un resumen de sus planes de beneficios. Si hay una discrepancia entre estos resúmenes y los documentos escritos del plan legal, prevalecerán los documentos del plan legal. Este folleto y los resúmenes de los planes no constituyen un contrato de trabajo.*

## Tabla de contenido

Elegibilidad para beneficios	3
Términos del seguro	4
Planes médicos HMO	5
Plan médico PPO	6
Plan médico MEC	7
Dónde Acceder a la Atención	8
Salud y bienestar	9
Planes dentales HMO	10
Planes dentales PPO	11
Plan de visión	13
Tarifas Medicas de Anthem	14
MEC, Dental y Visión Tarifas	15
Formularios de Inscripción/Renuncia	16
Programas de Descuento	19
Contactos	20
Avisos legales	21

## Quien es Elegible

Los empleados que trabajan **30 horas** o más por semana son elegibles para recibir beneficios el primer día del mes **después de 30 días de empleo**. Tienen la oportunidad de agregar a sus dependientes elegibles incluidos su cónyuge, pareja de hecho y hijos dependientes hasta los 26 años para determinada cobertura.

## Cómo Inscribirse

Durante su período de inscripción abierta tendrá la opción de cambiar sus selecciones de beneficios a agregar eliminar dependientes o cambiar su plan. Todas las selecciones y cambios deben realizarse en línea utilizando Employee Navigator.

Nuestras fechas de inscripción abierta para 2024 son: **28 de junio - 12 de julio de 2024**.

## Terminación de la Cobertura

Si su cobertura termina es posible que tenga derecho a continuar con la cobertura por un periodo de tiempo limitado según sus derechos COBRA. Consulte a su empleador para obtener más detalles.

## Como hacer cambios

A menos que experimente un evento calificador que le cambie la vida no podrá realizar cambios en sus beneficios hasta el próximo periodo de inscripción abierta. Debe solicitar el cambio dentro de los 30 días posteriores al evento calificado. Los eventos clasificatorios incluyen cosas como:

- Matrimonio, divorcio, o separación legal
- Nacimiento o adopción de un niño
- Cambió en la condición de dependiente del niño
- Muerte de un cónyuge hijo otro dependiente calificado
- Cambió de residencia
- Cambio en la situación laboral o cambio en la cobertura bajo otro plan patrocinado por el empleador

## Deducciones de nómina

Algunas de sus contribuciones pueden estar antes de impuestos. Las regulaciones del IRS impiden cambios sin un evento calificador en las deducciones de nómina.

## Mandato individual de California:

A partir del 01 de Enero de 2020, consulte los avisos legales.

# Términos De Seguro Útiles

Recursos de Los Empleados

Planes De Beneficios

Programas Voluntarios

Inscripción

**Su parte premium**



**Deducible**



**Copago y coseguro**  
(hasta el desembolso máximo)



**Costo total de los empleados**

## HMO vs. PPO

### HMO:

cubren los servicios realizados únicamente por proveedores dentro de la red. Debe elegir un médico de atención primaria (guardián).

### PPO:

Tiene una red de proveedores,\*\*\*\* pero también permite el uso de proveedores fuera de la red del plan.

## Su parte premium

El monto que paga por su seguro médico en cada cheque de pago (después de la contribución de su empleador). Esto se deduce de su salario como una deducción automática y puede estar sujeto a impuestos.

## Deducible

Un monto específico en dólares que usted paga de su bolsillo antes de que los beneficios estén disponibles a través de un plan de salud. En algunos planes el deducible no se aplica para ciertos servicios. Los deducibles más altos generan primas más bajas pero aumentan el costo al momento de la atención.

## Copago y coseguro

La cantidad predeterminada (copago) o porcentaje en el costo (coseguro) que un miembro es responsable de pagar por la atención.

## Desembolso máximo

Un límite en sus costos para el año calendario. Una vez que alcance este máximo, su plan de salud pagará el 100% de sus gastos cubiertos durante el resto del año del plan. Los cargos en exceso son su responsabilidad.

## Dentro de la red versus fuera de la red

Dentro de la red: Dentro de la red significa que su proveedor ha negociado una tarifa contratada con su compañía de seguro médico. Las compañías de seguros de salud preferirán que a usted buscará atención de sus proveedores dentro de la red porque les cuesta menos a ellos y a usted. Las redes estrechas pueden reducir los costos pero limitar el número de proveedores. Fuera de la red: los pagos del plan y la atención médica fuera de la red están sujetos a deducibles y copagos más altos. Los proveedores fuera de la red cobran más y es posible que usted tenga que pagar más. Los cargos en exceso son su responsabilidad.

## Niveles médicos

Estos niveles están estandarizados para todas las compañías de seguros de salud como parte de la ley de atención médica asequible y se basan en el "valor actuarial", que indica el porcentaje promedio de los costos de salud de los miembros que cubrirá la compañía de seguros. Platino=90% Gold=80% Silver=70% and Bronce=60%.

# Plan De Salud: Opciones HMO

Recursos Para Empleados

Planes De Beneficios

Programas Voluntarios

Inscripción

Año del calendario	
<b>Nombre del plan</b>	<b>Anthem Silver HMO 55</b>
<b>Deducible médico</b> individual/familia	Ninguno
<b>Máximo del bolsillo</b>	\$9,200/\$18,400
<b>Requiere médico de atención primaria</b>	Sí
<b>Red</b>	Atención California HMO <a href="http://www.anthem.com/find-care">www.anthem.com/find-care</a> Búsqueda por plan/red: <b>Blue Cross HMO (CACare) - Small Group</b>
<b>Fuera del área</b>	
Eventos médicos comunes	
<b>Cuidado preventivo</b>	Sin cargo
<b>Primario/Especialista</b>	\$55/\$110 Copago
<b>Visita de atención urgente</b>	\$55 Copago
<b>Sala de emergencias</b>	\$500/Visita
<b>Prueba de diagnóstico: Laboratorio/Rayos X</b>	\$40/\$40 Copago
<b>Hospitalización</b>	\$750/día, hasta 5 días
<b>Cirugía ambulatoria</b>	\$600/Visita
Medicamentos con receta	
<b>Deducible de RX</b>	\$400/\$800
<b>Genérico (1)</b>	\$20 Copago*
<b>Marca (2)</b>	\$95 Copago
<b>No-formulario (3)</b>	\$150 Copago
<b>Especialidad (4)</b>	30% hasta \$250
Beneficios dentales y de visión para niños incluidos (hasta los 19 años)	
<b>Chequeo dental infantil</b>	Sin cargo*
<b>Examen de la vista infantil</b>	Sin cargo*
<b>Gafas infantiles</b>	Sin cargo*
* extensión del deducible médico o RX	

# Plan De Salud: Opción PPO

Recursos Para Empleados	Planes De Beneficios	Programas Voluntarios	Inscripción
<b>Año del calendario</b>		<b>Miembro paga: en la red</b>	
<b>Nombre del plan</b>	<b>Anthem Silver PPO 55/1950/35%</b>	<b>Anthem Bronze PPO 4600/50%</b>	<b>Anthem Bronze PPO 40/6200/40%</b>
<b>Deducible médico individual/ familia</b>	\$1,950/\$3,900	\$4,600/\$9,200	\$6,200/\$12,400
<b>Máximo del bolsillo</b>	\$9,100/\$18,200	\$8,100/\$16,200	\$8,700/\$17,400
<b>Requiere médico de atención primaria</b>	No	No	No
<b>Red</b>	<p><u>Anthem Provider Search</u>            Los empleados de CA seleccionan un plan o red:  <b>Select Network: Select PPO (Select Network)</b>            Fuera de CA seleccione un plan o red:  <b>National PPO (BlueCard PPO)</b></p>		
<b>Fuera del area</b>	Consulte el resumen de beneficios y cobertura (SBC) para conocer los beneficios.		
<b>Eventos médicos comunes</b>			
<b>Cuidado preventivo</b>	Sin cargo*	Sin cargo*	Sin cargo*
<b>Primario/Especialista</b>	\$55/\$90 Copago*	50%	\$40/\$80 Copago
<b>Visita de atención urgente</b>	\$55 Copago*	50%	\$40 Copago
<b>Sala de emergencias</b>	\$350/Visitas + 35%	50%	\$250/Visitas + 40%
<b>Prueba de diagnóstico: Laboratorio/Rayos X</b>	\$20/\$20 Copago*	50%	40%
<b>Hospitalización</b>	35%	50%	40%
<b>Cirugía ambulatoria</b>	\$250/Visitas + 35%	50%	\$250/Visitas + 40%
<b>Medicamentos con receta</b>			
<b>Deducible de RX</b>	\$300/\$600	combinado con médico	combinado con médico
<b>Genérico (1)</b>	\$15 Copago*	\$20 Copago*	\$20 Copago*
<b>Marca (2)</b>	\$70 Copago	\$80 Copago	\$80 Copago
<b>No-formulario (3)</b>	\$110 Copago	\$120 Copago	\$120 Copago
<b>Especialidad (4)</b>	30% hasta \$250	30% hasta \$400	30% hasta \$400
<b>Beneficios dentales y de visión para niños incluidos (hasta los 19 años)</b>			
<b>Chequeo dental infantil</b>	Sin Cargo*	Sin Cargo*	Sin Cargo*
<b>Examen de la vista infantil</b>	Sin Cargo*	Sin Cargo*	Sin Cargo*
<b>Gafas infantiles</b>	Sin Cargo*	Sin Cargo*	Sin Cargo*
* extensión del deducible médico o RX			

# Plan De Salud: Opción MEC

Recursos Para Empleados

Planes De Beneficios

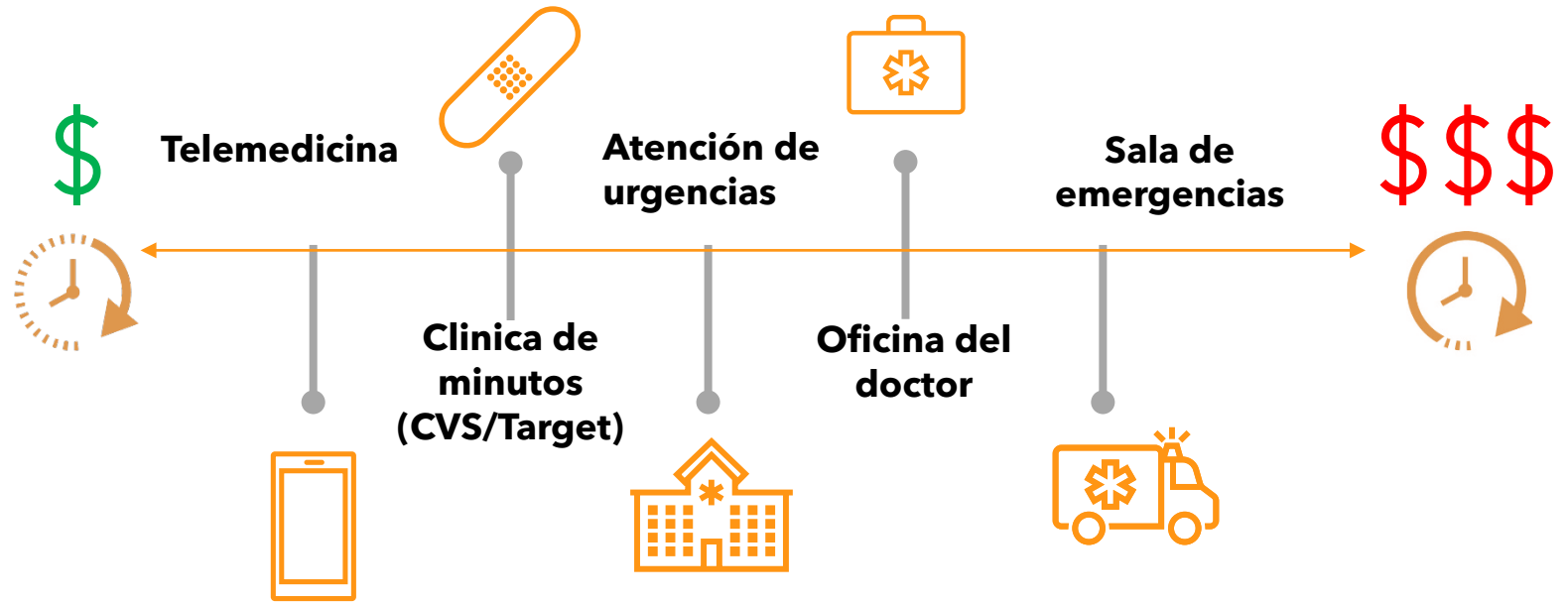
Programas Voluntarios

Inscripción

Año del calendario		Miembro paga: en la red	
Nombre del Plan	Wellcare*	Pluscare**	
Deducible médico individual/familia	Ninguno	Ninguno	
Máximo del bolsillo	N/A	\$1,850/\$3,700	
Requiere médico de atención primaria	Sí	Sí	
Red	<p><a href="#">MEC Provider Search</a> Search by Network: <b>PHCS</b></p> <p><b>*Wellcare</b> cubre todos los servicios preventivos al 100 * 100 incluidos los servicios de te de salud y un programa de descuento en recetas médicas.</p> <p><b>**Pluscare</b> excluye los servicios fuera de la red y cubre sólo los servicios médicos que se enumeran a continuación.</p>		
Fuera de área	Consulte el resumen de beneficios y cobertura (SBC) para conocer los beneficios.		
Eventos médicos comunes			
Cuidado preventivo	Sin cargo	Sin cargo	
Primario/Especialista	Descubierto	\$15/\$15 Copago	
Visita de atención urgente	Sin cargo	\$50 Copago	
Sala de emergencias	Descubierto	Descubierto	
Prueba de diagnóstico: Laboratorio/Rayos X	\$0 - Preventivo; de lo contrario, no está cubierto	\$0 - Preventivo; de lo contrario, \$50 Copago	
Hospitalización	Descubierto	Descubierto	
Cirugía ambulatoria	Descubierto	Descubierto	
Medicamentos con receta			
Deducible de RX	Ninguno	Ninguno	
Genérico (1)	\$0 - Preventivo; de lo contrario, no está cubierto	\$0 - Preventivo; de lo contrario, \$15 Copago	
Marca (2)	Sólo descuento	Sólo descuento	
No-formulario (3)	Sólo descuento	Sólo descuento	
Especialidad (4)	Sólo descuento	Sólo descuento	
Beneficios dentales y de visión para niños incluidos (hasta los 19 años)			
Chequeo dental infantil	Descubierto	Descubierto	
Examen de la vista infantil	Descubierto	Descubierto	
Gafas infantiles	Descubierto	Descubierto	

\* extensión del deducible médico o RX

# Saber A Dónde Ir



## Ahorre tiempo y dinero

Elegir el lugar de atención adecuado no sólo garantizará una atención médica rápida y adecuada, sino que también ayudará a reducir los gastos innecesarios.

Tipo de cuidado	Síntomas y condiciones	Cosas para considerar
<b>Telemedicina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dolor de garganta o tos</li> <li>Dolor al orinar</li> <li>fiebre baja</li> <li>Dolor de oídos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se puede contactar en cualquier momento, disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.</li> </ul>
<b>Clínica de minutos(CVS/Target)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resfriados y gripe</li> <li>Alergia leve</li> <li>Erupción cutánea</li> <li>Irritación o enrojecimiento de los ojos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tardes y horarios de fin de semana</li> <li>Sin cita previa por orden de llegada</li> </ul>
<b>Atención de urgencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quemaduras, cortes, o raspaduras menores</li> <li>Asma leve</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tardes y horarios de fin de semana</li> <li>Sin cita previa por orden de llegada</li> </ul>
<b>Oficina del doctor</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Relación continua y de confianza</li> <li>lunes - viernes</li> </ul>
<b>Sala de emergencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Condiciones que amenazan la vida</li> <li>Dolor de pecho</li> <li>Huesos rotos</li> <li>Visión borrosa repentina</li> <li>Envenenamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponible las 24 horas, los 7 días de la semana</li> <li>Caro y sobrecargado</li> </ul>





Los programas de salud y bienestar para miembros de Anthem están diseñados para guiarlo a usted y a su familia en cada paso del camino, desde inspirar hábitos saludables hasta ayudar a controlar enfermedades crónicas. Su enfoque hacia la salud y bienestar incluye los siguientes componentes:

### **ViveSalud en línea**

Cuando no se sienta bien, puede obtener el apoyo que necesita. Ya sea que esté resfriado, se sienta ansioso o necesite ayuda para administrar sus medicamentos, los médicos y profesionales de la salud mental están ahí, listos para ayudarlo a sentirse mejor.

### **Salud de Sidney**

Una plataforma digital que lo conecta con personas, servicios y información que pueden brindarle comodidad y tranquilidad cuando más se necesitan. Sidney comunidad puede ayudarlo a superar eventos o desafíos de la vida, como la crianza de los hijos, la elección de un estilo de vida saludable, el diagnóstico de una enfermedad grave, el cuidado de un ser querido, un momento de desempleo y más.

### **Construyendo Familias Saludables**

Si está tratando de concebir, esperando un hijo o en medio de la crianza de niños pequeños, construyendo familias saludables ofrece apoyo digital personalizado para ayudar a cada familia a navegar su viaje único.

### **CondiciónCuidado**

El manejo de afecciones crónicas, como el asma, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o las enfermedades del oído requiere cuidado y atención adicionales. El programa **CondiciónCuidado** ofrece recursos gratuitos que incluyen: acceso telefónico a enfermeras las 24 horas, los 7 días de la semana, apoyo de profesionales de la salud para alcanzar sus objetivos de salud y guías y herramientas educativas.

# Plan Dental: Opción DHMO

Recursos Para Empleados

Planes De Beneficios

Programas Voluntarios

Inscripción

Miembro paga:	Miembro paga: en la red (disponible solo en CA)
<b>Año del calendario</b>	
<b>Nombre del plan</b>	<b>Humana LS300 Plan*</b>
<b>Deducible:</b> Individual/Familia	Ninguno
<b>Deducible Renunciado Para Preventivo</b>	N/A
<b>Beneficio Máximo</b> (Cantidad que paga el proveedor por miembro/año calendario)	Ilimitado
<b>Remanente Anual</b>	<a href="#">busqueda de proveedor de Humana</a> Desplácese hacia abajo en la página: <b>Encuentre un médico</b> Tipo de búsqueda: <b>Dentist</b> Tipo de cobertura: <b>DHMO</b> Network: <b>Liberty Dental</b>
<b>Requiere Dentista Primario</b>	Sí
<b>Red</b>	Sin Cargo
<b>Preventivo</b>	
<b>Servicios Preventivos</b> Exámenes, Limpiezas, Rayos X	20%
<b>Frecuencia De Limpiezas De Rutina</b>	2 por 6 meses
<b>Servicios Básicos</b>	
<b>Reparaciones A Tus Fientes</b> Empastes-Amalgama o Composite, Extracciones	\$10-\$500
<b>Servicios Principales</b>	
<b>Extraño a tu boca</b> Fuentes, Coronas y Dentaduras Postizas	\$130-\$235
<b>Implantes</b>	\$45-\$2,000
<b>*TENGA EN CUENTA:</b> Las DHMO utilizan códigos para cada procedimiento; el costo que se muestra en este resumen refleja un solo procedimiento. Sin embargo, es posible que incurra en múltiples procedimientos al acceder a la atención. Los costos pueden reflejarse de manera diferente	

# Plan Dental: Opción PPO

Recursos Para Empleados	Planes De Beneficios	Programas Voluntarios	Inscripción
-------------------------	----------------------	-----------------------	-------------

Miembro paga:	Red PPO	Fuera de la red Reembolso MAC
Año del calendario	Humana Dental PPO PPO 01K INFS FLEXE 100/80/50	
<b>Nombre del plan</b>	<b>Humana Dental PPO PPO 01K INFS FLEXE 100/80/50</b>	
<b>Deducible:</b> Individual/Familia	\$50 /\$150	\$50 /\$150
<b>Deducible Renunciado Para Preventivo</b>	Sí	Sí
<b>Beneficio Máximo</b> (Cantidad que paga el proveedor por miembro/año calendario)	\$1,000 + Beneficio de transferencia	\$1,000 + Beneficio de transferencia
<b>Máximo anual extendido</b> Cobertura adicional para servicios preventivos, básicos y mayores después de alcanzar el máximo anual (excluye ortodoncia)	30% + Máximo anual extendido	30% + Máximo anual extendido
<b>Requiere Dentista Primario</b>	No	
<b>Red</b>	<a href="#">busqueda de proveedor de Humana</a> Desplácese hacia abajo en la página: <b>Find a Doctor</b> Tipo de búsqueda: <b>Dentist</b> Coverage type: <b>PPO</b> Network: <b>PPO/Traditional Preferred</b>	
<b>Preventivo</b>		
<b>Servicios Preventivos</b> Exámenes, Limpiezas, Rayos X	Sin cargo	20%
<b>Frecuencia De Limpiezas De Rutina</b>	2 por año calendario	
<b>Servicios Básicos</b>		
<b>Reparaciones A Tus Fientes</b> Empastes-Amalgama o Composite, Extracciones	20%	50%
<b>Servicios Principales</b>		
<b>Extraño a tu boca</b> Fuentes, Coronas y Dentaduras Postizas	50%	50%
<b>Ortodoncia -Niño</b> máximo de miembro vitalicio	50% \$1,000	50% \$1,000

# Plan Dental: Opción PPO

Recursos Para Empleados

Planes De Beneficios

Programas Voluntarios

Inscripción

Miembro paga:	Red PPO	Fuera de la red Reembolso UCR 90%
<b>Año del calendario</b>		
<b>Nombre del plan</b>	<b>Humana Dental PPO PPO TRP 01K U&amp;C+ 100/80/50</b>	
<b>Deducible:</b> Individual/Familia	\$50 /\$150	\$50 /\$150
<b>Deducible Renunciado Para Preventivo</b>	Sí	Sí
<b>Beneficio Máximo</b> (Cantidad que paga el proveedor por miembro/año calendario)	\$2,500 + Beneficio de transferencia	\$2,500 + Beneficio de transferencia
<b>Máximo anual extendido</b> Cobertura adicional para servicios preventivos, básicos y mayores después de alcanzar el máximo anual (excluye ortodoncia)	30% + Máximo anual extendido	30% + Máximo anual extendido
<b>Requiere Dentista Primario</b>	No	
<b>Red</b>	<a href="#">busqueda de proveedor de Humana</a> Desplácese hacia abajo en la página: <b>Encuentre un médico</b> Tipo de búsqueda: <b>Dentista</b> Tipo de cobertura: <b>PPO</b> Red: <b>PPO/Traditional Preferred</b>	
<b>Preventivo</b>		
<b>Servicios Preventivos</b> Exámenes, Limpiezas, Rayos X	Sin cargo	Sin cargo
<b>Frecuencia De Limpiezas De Rutina</b>	2 por año calendario	
<b>Servicios Básicos</b>		
<b>Reparaciones A Tus Fientes</b> Empastes-Amalgama o Composite, Extracciones	20%	20%
<b>Servicios Principales</b>		
<b>Extraño a tu boca</b> Fuentes, Coronas y Dentaduras Postizas	50%	50%
<b>Ortodoncia -Niño</b> máximo de miembro vitalicio	50% \$1,000	50% \$1,000

# Plan De Visión

Recursos Para Empleados	Planes De Beneficios	Programas Voluntarios	Inscripción
-------------------------	----------------------	-----------------------	-------------

Año del calendario	Miembro para: en la red Plus Provider		Miembro para: en la red	Reembolso: fuera de la red
<b>Nombre del plan</b>	<b>Humana Vision PLUS 150</b>			
<b>Red</b>	<a href="#">Busqueda de proveedor de Humana</a> <b>Search as guest Vision Care</b> Tipo de cobertura: <b>Purchased through my employer</b> plan de visión: <b>Humana Vision PLUS (Humana Insight Network)</b>			
<b>Beneficios</b>				
<b>Exámenes</b>	Sin cargo	\$10 Copago	Hasta \$30	
<b>Imágenes de retina</b>	Miembro para No más de \$39	Miembro para No más de \$39	No hay cobertura	
<b>Frecuencia</b>	Cada 12 meses	Cada 12 meses	Cada 12 meses	
<b>Hardware</b>				
<b>Monturas de gafas</b>	\$200 subsidio , luego 20% de descuento en el saldo restante	\$150 subsidio , luego 20% de descuento en el saldo restante	\$80 de subsidio	
<b>Frecuencia</b>	Cada 12 meses	Cada 12 meses	Cada 12 meses	
<b>Lentes</b>	\$10 Copago	\$10 Copago	Hasta \$100	
<b>Frecuencia</b>	Cada 12 meses	Cada 12 meses	Cada 12 meses	
<b>Lentes de Contacto:</b> medicamento necesario (en lugar de gafas)	Cubierto en su totalidad	Cubierto en su totalidad	Hasta \$210 de subsidio	
<b>Lentes de Contacto:</b> cosmético (en lugar de gafas)	Hasta \$40 Copago \$150 subsidio , luego 15% de descuento en el saldo restante	Hasta \$40 Copago \$150 subsidio , luego 15% de descuento en el saldo restante	\$128 de subsidio	
<b>Frequency</b>	Cada 12 meses	Cada 12 meses	Cada 12 meses	
<b>Mejoras</b>				
<b>Lentes progresivos</b>	Hasta \$150	Hasta \$150	Hasta \$40	
<b>Cirugía de corrección con láser</b>	Promedio de 15% de descuento sobre precio regular y 5% de descuento sobre precio promocional			
<b>Descuentos</b>	Los miembros pueden recibir un descuento del 20 % en artículos no cubiertos por el plan en los proveedores de la red.			

## 2024 Anthem Medical Weekly Rates by Age

Age	Silver HMO 55	Silver Select PPO 1950	Bronze Select PPO 4600	Bronze Select PPO 6200
0 -14	82.22	91.11	83.94	79.83
15	89.52	99.21	91.40	86.92
16	92.32	102.31	94.25	89.64
17	95.11	105.41	97.10	92.35
18	98.12	108.74	100.17	95.27
19	101.13	112.08	103.25	98.19
20	104.25	115.53	106.43	101.22
21	107.47	119.10	109.72	104.35
22	107.47	119.10	109.72	104.35
23	107.47	119.10	109.72	104.35
24	107.47	119.10	109.72	104.35
25	107.90	119.58	110.16	104.77
26	110.05	121.96	112.35	106.85
27	112.63	124.82	114.99	109.36
28	116.82	129.46	119.26	113.43
29	120.26	133.28	122.78	116.77
30	121.98	135.18	124.53	118.44
31	124.56	138.04	127.17	120.94
32	127.14	140.90	129.80	123.45
33	128.75	142.68	131.44	125.01
34	130.47	144.59	133.20	126.68
35	131.33	145.54	134.08	127.51
36	132.19	146.50	134.95	128.35
37	133.05	147.45	135.83	129.18
38	133.91	148.40	136.71	130.02
39	135.63	150.31	138.47	131.69
40	137.35	152.21	140.22	133.36
41	139.93	155.07	142.86	135.86
42	142.40	157.81	145.38	138.26
43	145.84	161.62	148.89	141.60
44	150.14	166.39	153.28	145.78
45	155.19	171.98	158.43	150.68
46	161.21	178.65	164.58	156.52
47	167.98	186.16	171.49	163.10
48	175.72	194.73	179.39	170.61
49	183.35	203.19	187.18	178.02
50	191.94	212.72	195.96	186.37
51	200.43	222.13	204.63	194.61
52	209.79	232.49	214.17	203.69
53	219.24	242.97	223.83	212.87
54	229.45	254.28	234.25	222.78
55	239.66	265.60	244.67	232.70
56	250.73	277.86	255.97	243.45
57	261.91	290.25	267.39	254.30
58	273.84	303.47	279.57	265.88
59	279.75	310.02	285.60	271.62
60	291.68	323.24	297.78	283.20
61	302.00	334.68	308.31	293.22
62	308.76	342.18	315.22	299.79
63	317.26	351.59	323.89	308.04
64 -99	322.41	357.31	329.16	313.05

## 2024 MEC, Dental y Visión Tarifas Semanales

MEC Wellcare Médico			
Solo empleado	Empleado y pareja	Empleado y niño(s)	Empleado y familia
\$9.69	\$19.38	\$19.38	\$29.08

MEC Pluscare Médico			
Solo empleado	Empleado y pareja	Empleado y niño(s)	Empleado y familia
\$27.69	\$70.38	\$57.69	\$101.54

Humana DHMO Dental			
Solo empleado	Empleado y pareja	Empleado y niño(s)	Empleado y familia
\$2.02	\$4.61	\$3.88	\$6.55

Humana Dental PPO \$1000			
Solo empleado	Empleado y pareja	Empleado y niño(s)	Empleado y familia
\$4.47	\$8.93	\$12.83	\$17.58

Humana Dental PPO \$2500			
Solo empleado	Empleado y pareja	Empleado y niño(s)	Empleado y familia
\$10.11	\$20.22	\$27.22	\$37.62

Humana Visión			
Solo empleado	Empleado y pareja	Empleado y niño(s)	Empleado y familia
\$1.51	\$3.01	\$2.86	\$4.50



# Formulario de Inscripción para Empleados 2024

## Anthem/Dental y Visión

<b>Employee Name</b>	
<b># Seguro Social</b>	
<b>Dirección:</b>	
<b>Fecha de Nacimiento</b>	
<b>Fecha de contratación</b>	
<b>Género</b>	

Dependiente(s) Nombre:	# Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Género	Relación

<b>MEDICO (escoja uno) Rango por edad Véase la página 14 de la Guía de Beneficios</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Anthem Silver HMO 55</b> <input type="checkbox"/> Empleado Solo <input type="checkbox"/> Empleado y Cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e Hijos <input type="checkbox"/> Empleado y Familia	<input type="checkbox"/> <b>Anthem Bronze Select PPO 6200</b> <input type="checkbox"/> Empleado Solo <input type="checkbox"/> Empleado y Cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e Hijos <input type="checkbox"/> Empleado y Familia		
<input type="checkbox"/> <b>Anthem Silver Select PPO 1950</b> <input type="checkbox"/> Empleado Solo <input type="checkbox"/> Empleado y Cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e Hijos <input type="checkbox"/> Empleado y Familia			
<input type="checkbox"/> <b>Anthem Bronze Select PPO 4600</b> <input type="checkbox"/> Empleado Solo <input type="checkbox"/> Empleado y Cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e Hijos <input type="checkbox"/> Empleado y Familia			

<b>DENTAL (escoja uno)</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Humana (HMO) Solo para Empleados de California Tarifas Semanales</b> <input type="checkbox"/> Empleado Solo \$2.02 <input type="checkbox"/> Empleado y Cónyuge \$4.61 <input type="checkbox"/> Empleado e Hijos \$3.88 <input type="checkbox"/> Empleado y Familia \$6.55	<input type="checkbox"/> <b>Humana PPO \$1000 Tarifas Semanales</b> <input type="checkbox"/> Empleado Solo \$4.47 <input type="checkbox"/> Empleado y Cónyuge \$8.93 <input type="checkbox"/> Empleado e Hijos \$12.83 <input type="checkbox"/> Empleado y Familia \$17.58		

<b>DENTAL (cont'd)</b>	<b>VISION</b>
<input type="checkbox"/> <b>Humana PPO \$2500 Tarifas Semanales</b> <input type="checkbox"/> Empleado Solo \$10.11 <input type="checkbox"/> Empleado y Cónyuge \$20.22 <input type="checkbox"/> Empleado e Hijos \$27.22 <input type="checkbox"/> Empleado y Familia \$37.62	<input type="checkbox"/> <b>Humana Tarifas Semanales</b> <input type="checkbox"/> Empleado Solo \$1.51 <input type="checkbox"/> Empleado y Cónyuge \$3.01 <input type="checkbox"/> Empleado e Hijos \$2.86 <input type="checkbox"/> Empleado y Familia \$4.50

**ARBITRAJE VINCULANTE DE ANTHEM**

TODAS LAS DISPUTAS ENTRE USTED Y ANTHEM BLUE CROSS Y/O ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY, QUE INCLUYEN PERO NO SE LIMITAN A DISPUTAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN EL PLAN/LA PÓLIZA O CUALQUIER OTRO PROBLEMA RELACIONADO CON EL PLAN/ LA PÓLIZA Y LOS RECLAMOS POR NEGLIGENCIA MÉDICA DEBEN SER RESUELTAS A TRAVÉS DE ARBITRAJE VINCULANTE SI EL MONTO EN DISPUTA EXCEDE EL LÍMITE JURISDICCIONAL DEL TRIBUNAL DE RECLAMOS MENORES Y LA DISPUTA SE PUEDE SOMETER A ARBITRAJE VINCULANTE COMO LO ESTABLECE LA LEY FEDERAL Y ESTATAL VIGENTE, QUE INCLUYE PERO NO SE LIMITA A LA LEY DEL CUIDADO DE LA SALUD A BAJO PRECIO Y DE PROTECCIÓN AL PACIENTE. La Sección 1363.1 del Código de Salud y Seguridad de California y la Sección 10123.19 del Código de Seguros exigen divulgaciones específicas en este sentido, que incluyen las siguientes notificaciones: Se entiende que cualquier disputa con respecto a negligencia médica, es decir en lo que se refiere a si los servicios médicos prestados en virtud de este contrato eran innecesarios o no estaban autorizados, o fueron prestados de manera inadecuada, negligente o incompetente, será determinada mediante sometimiento a arbitraje como lo autoriza y lo establece la ley federal y la ley de California que incluye entre otros a la Ley de la Salud a Bajo y Precio y Protección al Paciente y no mediante una acción judicial ni recurriendo a un proceso judicial salvo como lo estipule la ley de California para la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, están renunciando a su derecho constitucional para que cualquier disputa sea resuelta en un tribunal de justicia ante un jurado, y en vez de esto, acepten el uso del arbitraje. USTED Y ANTHEM BLUE CROSS Y /O ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY ACEPTAN REGIRSE POR ESTA DISPOSICIÓN DE ARBITRAJE. USTED RECONOCE QUE PARA TODAS LAS DISPUTAS QUE ESTÁN SUJETAS A ARBITRAJE EN VIRTUD DE LA LEY ESTATAL O FEDERAL RENUNCIA AL DERECHO A UN PROCESO JUDICIAL, AL DERECHO A UN JUICIO SIN JURADO EN VIRTUD DE LA SECCIÓN 17200 DEL CÓDIGO DE NEGOCIOS Y PROFESIONES DE CALIFORNIA Y/O AL DERECHO A REIVINDICAR Y/O A PARTICIPAR EN UNA DEMANDA COLECTIVA. El cumplimiento de esta cláusula de arbitraje, incluida la renuncia a las demandas colectivas, serán determinadas en virtud de la Ley de Arbitraje Federal ("FAA"), incluido el efecto preventivo de la FAA sobre la ley estatal. Al firmar, escribir o digitar su nombre a continuación acepta los términos de este acuerdo y reconoce que su nombre firmado, escrito o digitado es una firma válida y vinculante.

Employee's Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_



<b>Empleado Nombre</b>	
<b># Seguro Social</b>	
<b>Dirección</b>	
<b>Fecha de Nacimiento</b>	
<b>Fecha de contratación</b>	
<b>Género</b>	

Dependiente(s) Nombre	# De Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Género	Relación

<b>MEDICO (choose one)</b>					
<input type="checkbox"/> <b>MEC Wellcare</b>	<input type="checkbox"/> Empleado Solo	\$9.69	<input type="checkbox"/> <b>MEC Pluscare</b>	<input type="checkbox"/> Empleado Solo	\$27.69
<b>Tarifas Semanales</b>	<input type="checkbox"/> Empleado y Cónyuge	\$19.38	<b>Tarifas Semanales</b>	<input type="checkbox"/> Empleado y Cónyuge	\$70.38
	<input type="checkbox"/> Empleado e Hijos	\$19.38		<input type="checkbox"/> Empleado e Hijos	\$57.69
	<input type="checkbox"/> Empleado y Familia	\$29.08		<input type="checkbox"/> Empleado y Familia	\$101.54

<b>DENTAL (choose one)</b>					
<input type="checkbox"/> <b>Humana (HMO)</b>	<input type="checkbox"/> Empleado Solo	\$2.02	<input type="checkbox"/> <b>Humana PPO \$1000</b>	<input type="checkbox"/> Empleado Solo	\$4.47
<b>Solo para Empleados de California</b>	<input type="checkbox"/> Empleado y Cónyuge	\$4.61	<b>Tarifas Semanales</b>	<input type="checkbox"/> Empleado y Cónyuge	\$8.93
<b>Tarifas Semanales</b>	<input type="checkbox"/> Empleado e Hijos	\$3.88		<input type="checkbox"/> Empleado e Hijos	\$12.83
	<input type="checkbox"/> Empleado y Familia	\$6.55		<input type="checkbox"/> Empleado y Familia	\$17.58

<b>DENTAL (cont'd)</b>	<b>VISION</b>
<input type="checkbox"/> <b>Humana PPO \$2500</b>	<input type="checkbox"/> <b>Humana</b>
<b>Tarifas Semanales</b>	<b>Tarifas Semanales</b>
<input type="checkbox"/> Empleado Solo	<input type="checkbox"/> Empleado Solo
<input type="checkbox"/> Empleado y Cónyuge	<input type="checkbox"/> Empleado y Cónyuge
<input type="checkbox"/> Empleado e Hijos	<input type="checkbox"/> Empleado e Hijos
<input type="checkbox"/> Empleado y Familia	<input type="checkbox"/> Empleado y Familia
\$10.11	\$1.51
\$20.22	\$3.01
\$27.22	\$2.86
\$37.62	\$4.50

Por medio del presente documento reconozco la oferta de cobertura del seguro médico que proporciona Cobertura Esencial Mínima (MEC, por su sigla en inglés) para mí y para mis dependientes elegibles. Si elijo cobertura, autorizo a mi empleador a realizar los descuentos del salario para el pago de mi parte de las primas del seguro. Entiendo que no puedo hacer cambios a las elecciones de mi cobertura sino hasta el próximo periodo de inscripción abierta de mi empleador o debido a un evento calificado

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Rechazo de Beneficios

Nombre completo del Empleado (Letra Imprenta)

Número del Seguro Social

Si quiere rechazar la cobertura para usted y/o para sus dependientes que son elegibles para inscribirse en nuestros planes grupales médicos y dentales, debe diligenciar este formulario. Antes de rechazar la cobertura, por favor lea el Aviso de Inscripción Tardía que aparece al final de este formulario.

Si está rechazando cobertura en este plan porque usted y/o sus dependientes elegibles tienen cobertura en el plan de beneficios de otro empleador, por favor indíquelo a continuación. Si está rechazando la inscripción para usted o para sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro, es posible que en el futuro usted o sus dependientes se puedan inscribir en este plan, siempre y cuando solicite la inscripción en un plazo de 30 días posteriores a la finalización de su otra cobertura. Además, si tiene un dependiente nuevo como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, podrá inscribirse usted o sus dependientes siempre y cuando solicite la inscripción en un plazo de 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Tenga en cuenta las excepciones que aparecen en el Aviso de Inscripción Tardía para que conozca las circunstancias en las que se puede inscribir más tarde en nuestro plan sin que sea considerado como un inscrito tardío.

### DECLARACIÓN DEL RECHAZO DEL EMPLEADO

Reconozco que me han dado la oportunidad de inscribirme (si corresponde) y de inscribir a mis dependientes elegibles en los planes de beneficios de mi empleador y que he leído el Aviso de Inscripción Tardía. Estoy rechazando la inscripción de las siguientes personas elegibles en los planes de beneficios:

NOMBRE	RELACIÓN	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL
	EMPLEADO	VER ARRIBA

**Razón por la cual se rechaza la cobertura de beneficios a través de Employnet (se debe completar):**

1 Cobertura en el plan de otro empleador  Médico  Dental  Visión (marque una casilla) y complete:

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre del Plan/Seguro: \_\_\_\_\_

2 Otra Razón – Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Programas De Descuento

Recursos Para Empleados

Planes De Beneficios

Programas Voluntarios

Inscripción

## Registrarse en el programa de ventajas BenefitHub

Disfrute de descuentos, recompensas y ventajas en miles de marcas en una variedad de categorías:

- Seguros de automóvil y vivienda
- Viajar
- Restaurantes
- Entradas
- Seguro para mascotas
- Entretenimiento
- Belleza 7 Spa
- Auto
- Vestir
- Salud y bienestar



Es fácil acceder y comenzar a ahorrar.

1. Vaya a [employenet.benefithub.com](http://employenet.benefithub.com)
2. ¿No está registrado? ¿ Haga Clic en "no tiene una cuenta? Regístrese."
3. Navegue para ver descuentos y ahorros elegibles

¿ Preguntas? Llamé 866.664.4621 or correo electrónico [customercare@benefithub.com](mailto:customercare@benefithub.com).

# Contactos Importantes

Recursos Para Empleados

Planes De Beneficios

Programas Voluntarios

Inscripción

## Defensor del cliente corredor

¡En BJA Partners, trabajamos para usted, no para la compañía de seguros!

Información del corredor: 858.376.1700 o [service@bjapartners.com](mailto:service@bjapartners.com)

Defensor del cliente dedicado: Laurie Gillis

858.376.1800 x 233 o [laurie.gillis@bjapartners.com](mailto:laurie.gillis@bjapartners.com)

Portal de beneficios de su empresa: [www.employonetbenefits.com](http://www.employonetbenefits.com)

Tipo de seguro	Aseguradora	Número de grupo	Número de teléfono	Sitio web
Medica	Anthem	J68866	800.888.8288	<a href="http://www.anthem.com">www.anthem.com</a>
Medica	MEC	48620001	888.505.7724	<a href="http://www.multiplan.com">www.multiplan.com</a>
HMO Dental	Humana	Pending	877.873.2241	<a href="http://www.humana.com">www.humana.com</a>
PPO Dental	Humana	Pending	866.427.7478	<a href="http://www.humana.com">www.humana.com</a>
Visión	Humana	Pending	877.398.2980	<a href="http://www.humana.com">www.humana.com</a>



[www.BJAPartners.com/annualnotices](http://www.BJAPartners.com/annualnotices)

La ley de Seguridad cuál de los Ingresos de Jubilación de los Empleados(ERISA), el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) y el Servicio de Impuestos Internos(IRS) Exigen que los administradores del plan y/o las aseguradoras proporcionen cierta información relacionada con su salud y bienestar. Planes de beneficios a los participantes del plan por escrito. Para ayudar a satisfacer este requisito, hemos publicado estos avisos en nuestro sitio web en: [www.BJAPartners.com/annualnotices](http://www.BJAPartners.com/annualnotices).

Estos avisos explican sus derechos y obligaciones en relación con los planes de salud y bienestar proporcionados por su empresa. Lea atentamente los Avisos y conserve una copia para sus registros. Tiene derecho a obtener una copia impresa de este Aviso si la solicita comunicándose con su Departamento de Recursos Humanos. El siguiente es un resumen de los avisos publicados disponibles:

- Mandato de seguro médico individual del estado de California
- Aviso del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
- COBRA avisó general de derechos de continuación de cobertura
- Aviso de privacidad HIPPA
- Aviso de inscripción especial de HIPPA
- Aviso de protección al paciente
- Avisos de la ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA)

Además hay avisos y documentos especificados del flán disponibles en formato impreso o electrónico en su Departamento de Recursos Humanos. Estos incluyen pero no se limitan a:

- Aviso de cobertura acreditarle de la Parte D de Medicare
- Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC)
- Descripción resumida del plan (SPD)

# Notas

Recursos Para Empleados

Planes De Beneficios

Programas Voluntarios

Inscripción

**WEB** | [www.BJAPartners.com](http://www.BJAPartners.com)

**TELÉFONO** | 858.376.1800

**CORREO ELECTRÓNICO** | [service@bjapartners.com](mailto:service@bjapartners.com)

Recursos Para Empleados

Planes De Beneficios

Programas Voluntarios

Inscripción

Este folleto contiene información importante sobre su programa de beneficios para empleados.