

Beneficios
2026

EXPLORA
TUS
BENEFICIOS



ÍNDICE

EMPEZANDO

- 4 ¿QUIÉN ES ELEGIBLE PARA PRESTACIONES?
- 5 CAMBIAR TUS BENEFICIOS
- 6 ¿PREGUNTAS? CONTACTA CON UN DEFENSOR DE BENEFICIOS

MÉDICO, DENTAL Y DE VISIÓN

- 11 PLANES MÉDICOS
- 13 CUENTA DE AHORRO PARA LA SALUD
- 15 PLANES DENTALES
- 18 PLAN DE VISIÓN DE

INVOLÚCRATE POR TU SALUD

- 19 SABER A DÓNDE IR
- 20 INSTALACIONES ALTERNATIVAS
- 21 ATENCIÓN PREVENTIVA
- 22 CONSEJOS PARA MEDICAMENTOS CON RECETA

VIDA & DISCAPACIDAD

- 24 COMPAÑÍA PROPORCIONADA VIDA & AD&D

PLANES VOLUNTARIOS

- 26 SEGURO DE ACCIDENTES
- 27 SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES
- 28 SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA
- 29 BENEFICIOS PARA EL BIENESTAR

BIENESTAR y EQUILIBRIO

- 31 PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP)

INFORMACIÓN IMPORTANTE DEL PLAN

- 33 TUS COSTES DE BENEFICIOS
- 36 CONTACTOS DEL PLAN
- 37 GLOSARIO DE TÉRMINOS DE BENEFICIOS
- 39 AVISOS Y DOCUMENTOS DE PLANES
- 41 DETERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD

Esta guía es una visión general y no ofrece una descripción completa de todas las disposiciones de las prestaciones. Para información más detallada, consulte los folletos de beneficios de su plan o las descripciones resumidas de los planes (SPD). Los folletos de beneficios del plan determinan cómo se pagan todos los beneficios.



EMPEZANDO

BENEFICIOS 2026

Del 1 de enero de 2026 al
31 de diciembre de 2026

AVISO DE MEDICARE PARTE D

Si tú (y/o tus dependientes) tenéis Medicare o seréis elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal os da más opciones sobre la cobertura de medicamentos con receta. Por favor, consulte la sección de *Avisos Importantes* para más detalles.

Ya sea que te inscribas en beneficios por primera vez, que te acerques a la jubilación o que estés en un punto intermedio, Brinton Business Ventures Inc te apoya con programas de beneficios y recursos para ayudarte a prosperar hoy y prepararte para el mañana.

Esta guía ofrece una visión general de tu cobertura sanitaria, vida, discapacidad, prestaciones de jubilación y más.

Encontrarás consejos para ayudarte a entender tu cobertura médica, ahorrar tiempo y dinero en salud, reducir impuestos y equilibrar tu vida laboral y familiar. Revisa la cobertura y las herramientas disponibles para aprovechar al máximo tu paquete de beneficios.

¿QUIÉN TIENE DERECHO A LAS PRESTACIONES?



Empleados

Eres elegible si eres un empleado a tiempo completo que trabaja 30 o más horas a la semana.

Los empleados con horarios variables y horarios estacionales pueden considerarse elegibles para beneficios. Consulta "Determinación de la elegibilidad" más adelante en esta guía para más detalles.

Dependientes elegibles

- Cónyuge legalmente casado o pareja de hecho del mismo sexo u opuesto (debéis vivir juntos y cumplir todos los criterios establecidos en la definición de pareja de hecho).
- Hijos naturales, adoptados o hijastros hasta los 26 años. Incluidos los hijos de parejas de hecho.
- Los niños mayores de 26 años que tienen discapacidad y dependen de ti para su apoyo
- Niños nombrados en una Orden Calificada de Manutención Médica Infantil (QMCSO)

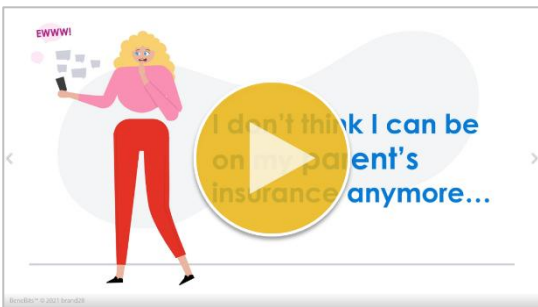
Para más información, consulte los folletos de beneficios correspondientes a cada beneficio.

Cuándo puedes inscribirte

- Puedes inscribirte en beneficios como nuevo empleado o durante el periodo anual de inscripción abierta. La cobertura para nuevos empleados comienza el primero del mes siguiente a los 60 días de la contratación, siempre que se inscriba dentro de los 31 días posteriores a ser elegible.
- Si no cumples con la fecha límite de inscripción, tendrás que esperar hasta la próxima inscripción abierta (la única vez al año en la que puedes hacer cambios en tus beneficios por cualquier motivo).

CAMBIAR TUS BENEFICIOS

Haz clic para reproducir vídeo



LA VIDA PASA

Un cambio en tu vida puede permitirte actualizar tus opciones de prestaciones. Mira el vídeo para una idea rápida de tus opciones.

Fuera de la inscripción abierta, puede que puedas inscribirte o hacer cambios en tus elecciones de beneficios si tienes un cambio importante en tu vida, incluyendo:

- Cambien estado civil legal
- Cambien el número de dependientes o en el estatus de elegibilidad de los dependientes
- Pérdida de estatus laboral que afecta a la elegibilidad tuya, de tu cónyuge o de los hijos dependientes.
- Change in residence que afecta al acceso a los proveedores de red
- Suspende tu cobertura sanitaria o la de tu cónyuge debido al empleo de tu cónyuge
- Cambio en la elegibilidad de una persona para Medicare o Medicaid
- Acepta una orden que requiere cobertura para tu hijo
- "Evento especial de inscripción" bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA), incluyendo un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento o adopción, o pérdida de cobertura bajo otro plan de seguro de salud
- Ventilación permitida bajo la Ley de Reautorización del Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP) (tienes 60 días para solicitar la inscripción debido a eventos permitidos por CHIP).

Debes presentar tu cambio en un plazo de 31 días tras el evento.

¿TIENES PREGUNTAS SOBRE TUS BENEFICIOS?

Haz clic para reproducir vídeo



CONTACTA CON TU DEFENSOR DE BENEFICIOS DE ALLIANT

Correo electrónico

benefitsupport@alliant.com

Teléfono

(800) 489-1390

Horarios

Lunes - viernes

De 8 a.m. a 8 p.m. ET

De 5 a.m. a 5 p.m. PT

Busca ayuda de un defensor de beneficios

¿Te vas a casar y no sabes cómo ni cuándo añadir a tu nuevo cónyuge a tu plan? ¿Es tu hijastro elegible para tu plan de salud? ¿Necesitas ayuda para entender la diferencia entre un HSA y un FSA? Un Defensor de Beneficios puede ayudar a responder estas preguntas y más.

Los Defensores de Beneficios son expertos formados en beneficios que pueden ayudarte a entender y utilizar tu cobertura sanitaria y otras coberturas. Contacta con tu Defensor de Beneficios para asuntos como:

- Preguntas generales sobre beneficios
- Elegibilidad y cobertura
- Encontrar un proveedor de red
- Cuestiones de reclamaciones o facturación sanitarias, cuando lo justifican
- La cobertura cambia debido a eventos de la vida (matrimonio, hijo nuevo, divorcio, etc.).

Asistencia con reclamaciones

Si necesitas ayuda con reclamaciones, tendrás que completar un Formulario de Autorización HIPAA para conceder permiso a tu Defensor de Beneficios para trabajar con tu aseguradora y/o proveedores sanitarios para resolver tus problemas de reclamación. El permiso se concede en un plazo limitado solo a las personas mencionadas en el formulario. El formulario es revocable en cualquier momento. Tu Defensor de Beneficios te proporcionará el formulario cuando sea necesario.



ATENCIÓN MÉDICA

HAZ TIEMPO PARA LA SALUD

NUESTRO COMPROMISO

Creemos que nuestros empleados deberían tener acceso a una cobertura sanitaria que promueva la atención preventiva y ayude a cubrir el coste de la enfermedad.

Los empleados elegibles y sus dependientes elegibles pueden inscribirse en coberturas médicas, dentales y de visión a través del programa de beneficios de Brinton Business Ventures Inc.

Médico

Ofrecemos 2 planes médicos. La atención preventiva está totalmente cubierta si se obtiene dentro de la red. Tus costes de otros servicios dependerán del plan que elijas. Revisa la información del proveedor de la red y los costes de bolsillo como franquicia, coseguro y medicamentos con receta, para entender cómo funciona el plan.

Dental

Ahora ofrecemos 2 planes dentales. A algunas personas no les gusta ir al dentista, pero a nadie le gustan las facturas dentales grandes. Las revisiones y limpiezas regulares están completamente cubiertas y pueden identificar problemas antes de que se vuelvan graves. Y si necesitas servicios dentales, el seguro ayuda a cubrir el coste de empastes, enfermedades de las encías y más.

Visión

Un examen ocular puede descubrir condiciones de salud que quizá no sepas que tienes, como glaucoma o incluso hipertensión. Nuestro plan de visión ayuda a cubrir el coste de exámenes oculares, gafas y lentillas para asegurarte de que ves y te sientes lo mejor posible.



MÉDICO

NUESTROS PLANES

- Primera Your Future HAS \$3,400
- Primera Your Choice PPO \$2,500

¿QUÉ PLAN ES EL ADECUADO PARA TI?

Eso depende de tus necesidades sanitarias, tus médicos favoritos y tu presupuesto. Aquí tienes algunas consideraciones.

¿Prefieres médicos o hospitales específicos?

Si quieres quedarte con tus médicos y centros favoritos, comprueba si están en la red del plan. Si no lo están, pero te sientes cómodo pagando un poco más por verlos, considera un plan con beneficios tanto dentro como fuera de la red.

¿Cuáles son sus necesidades sanitarias habituales?

¿Tienes visitas frecuentes al médico o a urgencias? ¿Tienes alguna condición que requiera un especialista? ¿Tomas medicamentos con receta? Compara cómo cada plan cubre los servicios que más a menudo necesitas.

Considera el resultado final

¿Cuánto es la deducción mensual de nómina? ¿Tienes que cumplir con una franquicia? ¿Cuál es el máximo de gastos de bolsillo? ¿Cuánto del coste cubre el plan? ¿Cuánto cuestan los copagos por visitas a la consulta, recetas, etc.? Todos estos factores juntos afectan tu coste total de la atención sanitaria.



MÉDICO

PALABRAS A CONOCER

¿Se puede superar el juego de Health Lingo? Aprende las palabras que te ayudarán a entender cómo funciona tu plan.

Haz clic para reproducir vídeo



- **DEDUCIBLE:** La cantidad de gastos sanitarios que tienes que pagar con tu propio dinero antes de que tu plan empiece a cubrir algo.
- **MÁXIMO DE BOLSILLO:** Te protege de grandes facturas médicas. Una vez que los costes "de tu propio bolsillo" alcanzan esta cantidad, el plan paga el 100% de la mayoría de los gastos elegibles para el resto del año del plan.
- **COSEGURO:** Después de la franquicia (si procede), tú y el plan compartís el coste. Por ejemplo, si el plan paga el 80%, tu parte del coseguro en el coste es del 20%. Se te factura el coseguro tras la visita.
- **COPAGO:** Una tarifa fija que pagas en lugar de coaseguro por algunos servicios sanitarios, por ejemplo, una visita al médico. Pagas el copago en el momento en que recibes la atención.
- **DENTRO DE LA RED / FUERA DE LA RED:** Los servicios dentro de la red siempre serán la opción de menor coste. Los servicios fuera de la red costarán más o pueden no estar cubiertas. Consulta la web de tu plan para encontrar médicos, hospitales, laboratorios y farmacias que formen parte de la red.

¿QUÉ PLAN ES EL ADECUADO PARA TI?

Considera una PPO (Organización de Proveedores Preferentes) si:

- Quieres poder ver a cualquier profesional, incluso a un especialista, sin necesidad de derivación
- Estás dispuesto a pagar más para ver proveedores fuera de la red.

Planes a considerar

- Premera Your Choice PPO \$2,500



Considera un Plan de Salud con Alta Franquicia (HDHP) si:

- Quieres poder ver a cualquier profesional, incluso a un especialista, sin necesidad de derivación
- Estás dispuesto a pagar más para ver proveedores fuera de la red
- Quieres ahorrar libres de impuestos en tus costes sanitarios
- Quieres crear una cuenta de ahorros para los futuros gastos sanitarios tuyos y de tus familiares elegibles
- Quieres una forma extra de aumentar tus ahorros para la jubilación.

Planes a considerar

- Premera Your Future HSA \$3,400

Cruz Azul de Primera

TU FUTURO HSA \$3,400

Siempre pagas la franquicia y el copago (\$). El coseguro (%) muestra lo que paga el plan después de la franquicia.

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible anual <i>(incrustado)</i>	cobertura para empleados de \$3,400 cobertura familiar de 6,800	cobertura para empleados de 6,800 cobertura familiar de 13,600
	<i>Compensado por las contribuciones a la HSA</i>	
Máximo anual de gastos de bolsillo	cobertura para empleados de 6,550 cobertura familiar de 13,100	cobertura de empleados de 13,100 cobertura familiar de 26,200
VISITA A LA OFICINA		
Proveedor principal	El plan paga el 70% después del deducible	El plan paga un 50% después de la franquicia
Especialista	El plan paga el 70% después del deducible	El plan paga un 50% después de la franquicia
Visita virtual	El plan paga el 70% después del deducible	No cubierto
Servicios Preventivos	El plan paga el 100%	No cubierto
Imunización estacional	El plan paga el 100%	El plan paga el 100%
Quiropráctica	El plan paga el 70% después del deducible <i>(hasta 20 visitas por año natural)</i>	El plan paga un 50% después de la franquicia <i>(se aplican limitaciones dentro de la red)</i>
Laboratorio y radiografía	El plan paga el 70% después del deducible	El plan paga un 50% después de la franquicia
Atención Urgente	El plan paga el 70% después del deducible	El plan paga un 50% después de la franquicia
Urgencias	El plan paga el 70% después del deducible	
Hospitalización en pacientes ingresados	El plan paga el 70% después del deducible	El plan paga un 50% después de la franquicia
Cirugía ambulatoria	El plan paga el 70% después del deducible	El plan paga un 50% después de la franquicia
MEDICAMENTOS CON RECETA		
Genérico	\$15 después del deducible	\$15 después del deducible
Nombre de la marca	\$35 después del deducible	\$35 después del deducible
Marca no preferida	\$70 después del deducible	\$70 después del deducible
Límite de suministro	Hasta 90 días, copago por cada suministro de 30 días	
Pedido por correo		
Genérico	\$37.50 después del deducible	No cubierto
Nombre de la marca	\$87.50 después del deducible	No cubierto
Marca no preferida	\$175 después del deducible	No cubierto
Límite de suministro	90 días	

Cruz Azul de Primera

TU ELECCIÓN PPO \$2,500

Siempre pagas la franquicia y el copago (\$). El coseguro (%) muestra lo que paga el plan después de la franquicia.

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible anual <i>(incrustado)</i>	\$2,500 por persona límite familiar de \$5,000	\$5,000 por persona límite familiar de \$10,000
Máximo anual de gastos de bolsillo	\$7,000 por persona límite familiar de \$14,000	\$14,000 por persona límite familiar de \$28,000
VISITA A LA OFICINA		
Médico de cabecera/Especialista	primeras 3 visitas: 100% A partir de entonces: 80% después del deducible	El plan paga un 50% después de la franquicia
Visita virtual	\$10 de copago y luego el plan cubre el 100%	No cubierto
Servicios Preventivos	El plan paga el 100%	No cubierto
Inmunización estacional	El plan paga el 100%	El plan paga el 100%
Quiropráctica	Compartido con la visita de oficina <i>(hasta 20 visitas por año natural)</i>	El plan paga un 50% después de la franquicia <i>(se aplican limitaciones dentro de la red)</i>
Laboratorio y radiografía	El plan paga el 80% después de la franquicia	El plan paga un 50% después de la franquicia
Atención Urgente	Centro independiente: 1ª 2ª visita: 100% A partir de entonces: 80% después del deducible En el hospital: 250 de copago por visita, luego 80% después del deducible	Centro independiente: El plan paga el 50% tras deducible En el hospital: 250 de copago por visita, luego 80% después del deducible
Urgencias	\$250 de copago y luego el plan paga el 80% tras deducible <i>(copago exento si se admite)</i>	
Hospitalización en pacientes ingresados	\$250 de copago y luego 100%; tasa de instalación El plan paga el 80% tras deducible; Servicios de proveedores	El plan paga un 50% después de la franquicia
Cirugía ambulatoria	El plan paga el 80% después de la franquicia	El plan paga un 50% después de la franquicia
MEDICAMENTOS CON RECETA		
Genérico	\$25 de copago y luego el plan cubre el 100%	\$25 de copago y luego el plan paga el 60%
Nombre de la marca	\$50 de copago y luego el plan paga el 100%	\$50 de copago y luego el plan paga el 60%
Marca no preferida	\$100 de copago y luego el plan paga el 100%	\$100 de copago y luego el plan paga el 60%
Límite de suministro	30 días	
Pedido por correo		
Genérico	\$62.50 de copago y luego el plan paga el 100%	No cubierto
Nombre de la marca	\$125 de copago y luego el plan paga el 100%	
Marca no preferida	\$250 de copago y luego el plan paga el 100%	
Límite de suministro	90 días	

CUENTA DE AHORRO PARA LA SALUD (HSA)

Haz clic para reproducir vídeo



¿ERES ELEGIBLE?

La HSA no es para todo el mundo. Solo eres elegible si eres:

1. Inscrito en el Plan Primera HSA de \$3,400.
2. No está inscrito en otras coberturas médicas que no sean HDHP, incluyendo Medicare, Medicaid o Tricare.
3. No soy dependiente fiscal.

Una cuenta de ahorro personal para la salud

Una Cuenta de Ahorro para la Salud (HSA) es una forma sencilla de pagar los gastos sanitarios que tienes hoy y ahorrar para gastos futuros.

Cómo funciona la CMS HSA

Tu cuenta HSA se crea automáticamente después de inscribirte.

Para ayudarte a empezar, Brinton Business Ventures Inc realiza una contribución a tu HSA:

Individual: \$600 anuales

Familia: \$1,200 anuales

Puedes contribuir hasta el límite establecido por la Agencia Tributaria:

Individual: \$4,400* al año (2026)

Familia: \$8,750* al año (2026)

**incluye contribuciones a BBV Inc.*

¿Tienes 55+? Puedes aportar 1,000 adicionales al año

- Puedes usar tu tarjeta de débito HSA para pagar gastos elegibles como visitas a consultas, análisis de laboratorio, recetas médicas, atención dental y de la vista, e incluso algunos productos de farmacia.

Cuatro razones para amar una HSA

1. **Libre de impuestos.** No hay impuesto federal sobre las contribuciones, ni impuesto estatal en la mayoría de los estados. Los retiros también están libres de impuestos siempre que sean para gastos sanitarios elegibles.
2. **No hay "úsalo o piérdelo".** Tu saldo se acumula de un año a otro. Eres el propietario de la cuenta y puedes seguir usándola incluso si cambias de plan médico o dejas la empresa.
3. **Úsalo ahora o más adelante.** Usa tu HSA para los gastos sanitarios que tienes hoy o guárdala para usarla en el futuro.
4. **Aumenta el ahorro para la jubilación.** Después de jubilarte, puedes usar tu HSA para gastos sanitarios libres de impuestos, o para gastos de vida normales, gravables pero sin penalizaciones.

Descubre más

- [Gastos elegibles](#)
- [Gastos no elegibles](#)

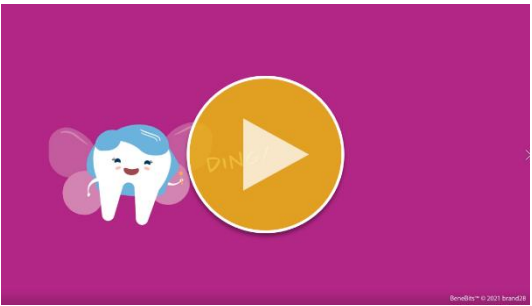


DENTAL

NUESTROS PLANES

- Primera Dental 50\$/\$150
- PPO 50D/1500 con Ortho

Haz clic para reproducir vídeo



¿Por qué apuntarse a una cobertura dental?

Es importante ir al dentista con regularidad. Cepillarse y usar hilo dental está bien, pero los exámenes regulares detectan los problemas dentales a tiempo antes de que se vuelvan más caros y difíciles de tratar.

Ahí es donde entra el seguro dental. El seguro dental facilita y reduce el coste de recibir la atención que necesitas para mantener una buena salud bucodental.

El seguro dental cubre tres tipos de tratamientos:

- **La atención preventiva** incluye exámenes, limpiezas y radiografías
- **La atención básica** se centra en la reparación y restauración con servicios como empastes, endodoncias y tratamiento de enfermedades de las encías
- **El cuidado mayor** va más allá de lo básico e incluye puentes, coronas y dentaduras postizas
- **Ortodoncia** para niños y adultos

Cruz Azul de Primera

Plan PPO Dental de \$50/\$1,000

Siempre pagas la franquicia y el copago (\$). El coseguro (%) muestra lo que paga el plan después de la franquicia.

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible anual	\$50 por persona \$150 por familia	Combinado con In-Network
Máximo del Plan Anual	\$1,000	Combinado con In-Network
Periodo de espera	Ninguno	
Diagnóstico y Preventivo	El plan paga el 100%	El plan paga el 100%
SERVICIOS BÁSICOS		
Empastes	El plan paga el 90% tras deducible	El plan paga el 80% después de la franquicia
Endodoncias	El plan paga el 90% tras deducible	El plan paga el 80% después de la franquicia
Periodoncia	El plan paga el 90% tras deducible	El plan paga el 80% después de la franquicia
Servicios principales	El plan paga el 60% después de la franquicia	El plan paga un 50% después de la franquicia
Ortodoncia	No cubierto	No cubierto
Adultos	No cubierto	No cubierto
Hijos dependientes	No cubierto	No cubierto
Estudiantes a tiempo completo	No cubierto	No cubierto

Elección del proveedor: Puedes buscar atención en cualquier proveedor autorizado. Sin embargo, cuando visitas a un dentista dentro de la red, puedes maximizar tu plan de beneficios con acceso a menores gastos de bolsillo. Si acudes a un dentista fuera de la red, podrías ser responsable de costes adicionales si los precios del proveedor superan los niveles habituales y habituales del plan.

Cruz Azul de Primera

PPO dental \$50/\$1500 con Plan de Ortodoncia

Siempre pagas la franquicia y el copago (\$). El coseguro (%) muestra lo que paga el plan después de la franquicia.

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible anual	\$50 por persona \$150 por familia	Combinado con In-Network
Máximo del Plan Anual	\$1,500	Combinado con In-Network
Periodo de espera	Ninguno	
Diagnóstico y Preventivo	El plan paga el 100%	El plan paga el 100%
SERVICIOS BÁSICOS		
Empastes	El plan paga el 90% tras deducible	El plan paga el 80% después de la franquicia
Endodoncias	El plan paga el 90% tras deducible	El plan paga el 80% después de la franquicia
Periodoncia	El plan paga el 90% tras deducible	El plan paga el 80% después de la franquicia
Servicios principales	El plan paga el 60% después de la franquicia	El plan paga un 50% después de la franquicia
Ortodoncia	El plan paga el 100% hasta un máximo vitalicio de \$1,000	El plan paga el 100% hasta un máximo vitalicio de \$1,000
Adultos	Cubierto	Cubierto
Hijos dependientes	Cubierto	Cubierto
Estudiantes a tiempo completo	Cubierto	Cubierto

Elección del proveedor: Puedes buscar atención en cualquier proveedor autorizado. Sin embargo, cuando visitas a un dentista dentro de la red, puedes maximizar tu plan de beneficios con acceso a menores gastos de bolsillo. Si acudes a un dentista fuera de la red, podrías ser responsable de costes adicionales si los precios del proveedor superan los niveles habituales y habituales del plan.



VISIÓN

NUESTRO PLAN

- Cuidado de la Visión VSP

¿Por qué suscribirse a la cobertura de visión?

La cobertura de visión ayuda a cubrir el coste de gafas o lentillas. Pero incluso si no necesitas corrección visual, un examen anual de la vista revisa la salud de tus ojos e incluso puede detectar problemas de salud más graves como diabetes, hipertensión, colesterol alto y enfermedades tiroideas.

Incluso encontrarás descuentos en servicios como LASIK y PRK, descuentos en lentes de contacto y descuentos en audífonos y otros servicios relacionados. Visita la página web del plan para consultar estos ahorros extra.

Haz clic para reproducir vídeo



Cuidado de la Visión VSP






Plan Emblemático del VSP

Tu revisión visual está completamente cubierta después de tu copago del examen. Después de cualquier copago de materiales, el plan cubre monturas, lentes y lentillas, como se describe a continuación.

	Descripción
Copagos	
Examen	\$10 de copago y luego el plan cubre el 100%
Materiales	\$25 de copago y luego el plan cubre el 100%
Lentes de gafas	
Lente de visión única	El plan paga el 100% de la lente básica (Se aplica copago de materiales)
Lente bifocal	El plan paga el 100% de la lente básica (Se aplica copago de materiales)
Lente trifocal	El plan paga el 100% de la lente básica (Se aplica copago de materiales)
Marcos	Hasta 150 (¡beneficio aumentado!)
Contactos (optativo)	Reembolsado hasta \$130 (Copago exento; en lugar de gafas)
Frecuencia	
Examen	Una vez cada 12 meses desde la última fecha de servicio
Objetivos	Una vez cada 12 meses desde la última fecha de servicio
Marcos	Una vez cada 12 meses desde la última fecha de servicio (¡beneficio aumentado!)
Contratos (optativos)	Una vez cada 12 meses desde la última fecha de servicio





SABER A DÓNDE IR

El lugar donde recibas la atención médica puede tener un impacto significativo en el coste. Aquí tienes una guía rápida para ayudarte a saber dónde ir, según tu estado, presupuesto y tiempo.

Tipo	Apropiado para	Ejemplos	Acceso	Coste
Nurseline 	Respuestas rápidas de una enfermera cualificada	<ul style="list-style-type: none"> Identificación de síntomas Decide si es necesaria atención inmediata Opciones y consejos para el tratamiento en casa 	24/7	\$0
Visita online 	Muchas condiciones de salud no urgentes	<ul style="list-style-type: none"> Resfriado, gripe, alergias Dolor de cabeza, migraña Afecciones cutáneas, erupciones Lesiones menores Preocupaciones de salud mental 	24/7	\$
Visita a la oficina 	Atención médica rutinaria y gestión general de la salud	<ul style="list-style-type: none"> Cuidados preventivos Enfermedades, lesiones Gestión de las condiciones existentes 	Horario de oficina	\$\$
Atención urgente, clínica de atención sin cita 	Condiciones no mortales que requieren atención inmediata	<ul style="list-style-type: none"> Puntadas Esguinces Mordeduras de animales Infecciones de oído nasal, garganta y orlinarya 	Horario de oficina, o hasta 24/7	\$\$\$
Urgencias 	Peligroso para la vida condiciones que requieren experiencia médica inmediata	<ul style="list-style-type: none"> Sospecha de infarto o Golpe Fracturas óseas importantes Sangrado excesivo Dolor intenso Dificultad para respirar 	24/7	\$\$\$\$\$

INSTALACIONES ALTERNATIVAS

Si tienes tiempo para evaluar tus opciones de tratamientos no urgentes, estas instalaciones alternativas pueden ofrecer los mismos resultados que un hospital a una fracción del coste.

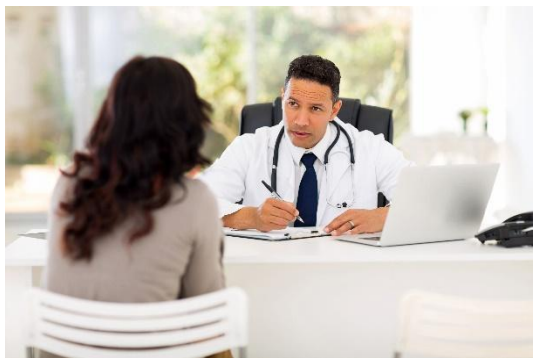
Necesidad	Alternativa	Funciones	Ahorro
Cirugía 	Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)	<ul style="list-style-type: none"> Especializada en cirugías el mismo día Cataratas, colonoscopias, endoscopia gastrointestinal alta, cirugía ortopédica y más Sujetos a los mismos estándares de seguridad que los hospitales 	Hasta un 50% durante la estancia hospitalaria*
Fisioterapia 	Centro de fisioterapia independiente	<ul style="list-style-type: none"> Parte importante del proceso de recuperación tras una lesión o cirugía 	del 40 al 60% en un entorno hospitalario*
Estudio del sueño 	Pruebas en casa	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostica apnea del sueño y otras afecciones El coste suele estar cubierto por el seguro si se considera médicamente necesario 	Aproximadamente 4,500*
Terapia de infusión 	Terapia de infusión domiciliaria o ambulatoria	<ul style="list-style-type: none"> Para fármacos que deben administrarse mediante inyecciones intravenosas o epidurales Administrado por un proveedor autorizado de terapia de infusión Mantén un estilo de vida normal y la comodidad en casa o en un centro ambulatorio 	Hasta un 90% durante la estancia hospitalaria* <i>*dentro de la red</i>

Cómo encontrar un centro de tratamiento alternativo

Pregunta a tu médico si el tratamiento debe realizarse en el hospital. También puedes buscar centros quirúrgicos, fisioterapia, etc. en la web de tu plan; o llama a Servicios Sociales para recibir ayuda.

Herramientas online como healthcarebluebook.com y healthgrades.com te ayudan a comparar precios y valoraciones médicas. Algunos servicios alternativos incluyen una tasa de instalación para cubrir los gastos generales. Para evitar una sorpresa en tu factura, pregunta por las tarifas de la instalación antes de programar tu cita.

BENEFICIOS DEL CRIBADO DE ATENCIÓN PREVENTIVA



CRIBADOS TÍPICOS PARA ADULTOS

- Presión sanguínea
- Colesterol
- Diabetes
- Cribado del cáncer colorrectal
- Depresión
- Mamografías
- Proyecciones de ginecología y obstetricia
- Cribado del cáncer de próstata
- Examen testicular

Llevas tu coche a mantenimiento. ¿Por qué no hacer lo mismo contigo mismo?

Las revisiones preventivas anuales pueden ayudarte a ti y a tu médico a identificar vuestro nivel base de salud y detectar problemas antes de que se agraven.

¿Qué es la atención preventiva?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) exige que las aseguradoras de salud cubran un conjunto de servicios preventivos sin coste alguno, incluso si no has alcanzado tu franquicia anual. Los servicios de atención preventiva que necesitarás para mantenerte sano varían según la edad, el sexo y el historial médico.

La atención preventiva se cubre en su totalidad solo cuando se obtiene de un Proveedor dentro de la red.

No todos los exámenes y pruebas se consideran preventivos

Los exámenes realizados por especialistas generalmente no se consideran preventivos y pueden no estar cubiertos al 100 por ciento.

Además, ciertos cribados pueden considerarse diagnósticos, no preventivos, según tu estado médico actual. Puede que seas responsable de pagar la totalidad o una parte del coste de esos servicios.

Si tienes alguna duda sobre si un servicio estará cubierto como atención preventiva, contacta con tu plan médico.

¿LAS RECETAS SE ESTÁN PASANDO DE TU PRESUPUESTO?

Haz clic para reproducir vídeo



LOS NIVELES DE MEDICAMENTOS DEL FORMULARIO DETERMINAN TU COSTE

\$	Medicamento genérico
\$\$	Medicamento de marca
\$\$\$	Medicamento especializado

Comprender el formulario puede ahorrarte dinero

Si tu médico te receta medicación, especialmente para una condición crónica, no olvides consultar el formulario de medicamentos de tu plan de salud. Es una herramienta poderosa que puede ayudarte a tomar decisiones informadas sobre tus opciones de medicación e identificar la opción de menor coste.

¿Qué es un formulario?

Un formulario de medicamentos es una lista de medicamentos con receta que cubre tu plan médico. La mayoría de los formularios de medicamentos con receta separan los medicamentos que cubren en cuatro o cinco categorías de medicamentos, o "niveles". Estos grupos varían desde el menor hasta el más caro para ti. Los medicamentos "preferidos" generalmente te cuestan menos que los medicamentos "no preferidos".

Aprovecha al máximo tu cobertura

Para sacar el máximo partido a tu cobertura de medicamentos recetados, apunta en qué parte se sitúan dentro de los niveles del formulario de medicamentos de tu plan y pide consejo a tu médico. Los medicamentos genéricos suelen ser la opción más económica. Los genéricos están obligados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) a hacer lo mismo que los equivalentes de medicamentos de marca.

Para saber si un medicamento está en el formulario de tu plan, visita la página web del plan o llama al número de atención al cliente que aparece en tu tarjeta de identidad.



VIDA & DISCAPACIDAD

TU BENEFICIARIO = ¿QUIÉN COBRA?

Si ocurre lo peor, tu beneficiario — la persona o personas) registradas en la aseguradora de vida— recibe el beneficio. Asegúrate de nombrar al menos un beneficiario para tu beneficio de seguro de vida y cambia de beneficiario según sea necesario si tu situación cambia.

¿Está protegida tu familia?

Los seguros de vida y AD&D pueden cubrir carencias financieras debido a una reducción temporal o permanente de los ingresos. Considera qué necesitaría tu familia para cubrir los gastos diarios y las facturas médicas durante un permiso por discapacidad por embarazo o enfermedad, o cómo gestionarías los grandes gastos (alquiler o hipoteca, educación de los hijos, préstamos estudiantiles, deudas de consumo, etc.) tras el fallecimiento de un cónyuge o pareja.

Ofrecemos una cantidad base de seguro de vida y seguro AD&D para ayudarte a recuperarte de pérdidas económicas.

SEGURO DE VIDA Y AD&D PROPORCIONADO POR LA EMPRESA



Vida básica y AD&D

El Seguro de Vida Básico paga a tu beneficiario una suma global si falleces. La cobertura de AD&D (Muerte Accidental y Desmembramiento) ofrece un beneficio para ti o tu beneficiario si sufres la pérdida de un miembro, habla, vista o audición en caso de **accidente**. **El coste de la cobertura lo paga íntegramente Brinton Business Ventures Inc.**

Lincoln Financial Group Seguro básico de vida y AD&D

Beneficio de \$20,000 proporcionado por Brinton Business Ventures

Las cantidades de prestación mencionadas se reducirán si tienes 65 años o más. Consulta el documento del plan para más detalles.

Asegúrate de haber designado un beneficiario para tu beneficio de seguro de vida y actualízalo si cambia tu estado familiar o civil.



PLANES VOLUNTARIOS

NUESTROS PLANES VOLUNTARIOS

- Seguro de accidentes
- Seguro por enfermedades graves
- Seguro de Indemnización Hospitalaria

Eres único—y también lo son tus necesidades de beneficios

Las prestaciones voluntarias son coberturas opcionales que te ayudan a personalizar tu paquete de beneficios según tus necesidades individuales.

Brinton Business Ventures Inc. ofrece planes para ayudar a:

- proporcionar ingresos a los supervivientes
- Reemplaza los ingresos si estás lesionado o enfermo
- salvar la brecha para las necesidades sanitarias especiales

Pagas el coste total de estos planes, pero las tarifas pueden ser más asequibles que la cobertura individual. Y además tienes la comodidad añadida de pagar a través de la deducción de nómina.

Las prestaciones voluntarias son precisamente eso: voluntarias. Tienes la libertad y flexibilidad para elegir los beneficios que tengan sentido para ti y tu familia. O bien, no tienes que inscribirte en ningún momento en prestaciones voluntarias. La elección es tuya.

SEGURO DE ACCIDENTES

Un colchón financiero cuando ocurren accidentes

El seguro de accidentes paga beneficios en efectivo por los tratamientos y lesiones asociados a una lesión accidental, como fracturas, dislocaciones, quemaduras, visitas a urgencias o atención urgente, y fisioterapia. Si tú o un familiar cubierto sufrís un accidente, el plan pagará una prestación global basada en un calendario predeterminado de prestaciones.

EJEMPLO

Kyle se lesionó mientras jugaba en el patio y sufrió una conmoción cerebral grave. Aunque Christine, su madre, tenía buena cobertura médica, los costes de bolsillo seguían acumulándose. Por suerte, ella y su familia estaban inscritos en el plan de accidentes. Pudo utilizar el dinero que recibió bajo el plan para compensar su deducible médico y los copagos aplicables.



La siguiente lista es una selección de beneficios cubiertos. Por favor, consulte los documentos del plan para una lista completa de beneficios cubiertos y pruebas de bienestar elegibles.

PAGO DE LA PRESTACIÓN DE CHRISTINE

Ambulancia	\$450
Urgencias	\$300
Pruebas diagnósticas principales	\$300
Conmoción cerebral	\$400

BENEFICIO TOTAL \$1,450

TIPO DE BENEFICIO	IMPORTE DE LA PRESTACIÓN
Ambulancia	\$450 en tierra, \$2,000 en aire
Burn	Horario de hasta \$20,000
Beneficio por lesiones deportivas infantiles	Un 25% adicional del pago de beneficios
Coma	\$10,000
Conmoción cerebral	\$400
Pruebas diagnósticas (especialidad)	\$300
Desplazamiento	Programación de hasta \$8,000
Tratamiento en urgencias	\$300
Tratamiento de seguimiento	\$155 por visita, hasta 2 visitas
Fractura	Programación de hasta \$8,000
Ingreso hospitalario	\$1,500
Confinamiento hospitalario	\$300 al día, hasta 365 días
Laceración	Horario de hasta \$1,500
Fisioterapia	\$80 por visita, hasta 6 visitas
Cirugía	Horario de hasta \$2,000
Atención Urgente	\$150
Rayos X	\$300 (solo en la primera visita)

SEGURO POR ENFERMEDADES GRAVES



La siguiente lista es una selección de beneficios cubiertos. Por favor, consulte los documentos del plan para una lista completa de beneficios cubiertos y pruebas de bienestar elegibles.

Cubrir los vacíos económicos debidos a una enfermedad grave

El seguro por enfermedades graves puede ayudar a cubrir un déficit financiero si sufres una enfermedad grave como cáncer, infarto o ictus. Al diagnosticar una enfermedad cubierta, se paga directamente a ti un beneficio en un solo pago. Al inscribirte en el plan de Enfermedades Graves, tú y tus dependientes inscritos también sois elegibles para recibir un Beneficio de Bienestar anual de \$50 por mantener su atención preventiva.

EJEMPLO

Cindy tiene antecedentes de cáncer en su familia, así que se apuntó al plan de Enfermedades Críticas y eligió \$20,000 en prestaciones. Unos meses después, a Cindy le diagnosticaron cáncer de mama invasivo. Tras presentar una reclamación, Cindy pudo utilizar su beneficio para ayudar a cubrir sus gastos médicos, pagar el cuidado adicional de los niños y cubrir parte de sus ingresos perdidos.

PAGO DE BENEFICIOS DE CINDY

Cáncer	100%
BENEFICIO TOTAL	\$20,000

TIPO DE BENEFICIO	IMPORTE DE LA PRESTACIÓN
Empleado	\$10,000, \$20,000 o \$30,000
Cónyuge	Hasta el 50% de la elección de empleados (en incrementos de \$500)
Niño	50% de la elección de empleados (automática)
TIPO DE BENEFICIO	PORCENTAJE DEL BENEFICIO PROPORCIONADO
ELA, enfermedad de Alzheimer o enfermedad de Parkinson	100%
Tumor cerebral benigno	50%
Cáncer	100% (Cáncer de piel: \$500, una vez por vida)
Carcinoma in Situ	25%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	100%
Enfermedad de las arterias coronarias con bypass	25%
Enfermedades Infantiles Cubiertas	100%
Insuficiencia renal terminal	100%
Infarto o paro cardíaco súbito	100%
Falla orgánica mayor	100%
Esclerosis múltiple (EM)	25%
Golpe	100%
DISPOSICIONES	
% del beneficio pagado: Ocurrencia adicional	Sí, 3 meses de espera, al 100%
% del beneficio pagado: Recurrencia	Sí, espera de 6 meses, al 100%

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA ¡Nuevo!



Por favor, consulte los documentos del plan para una lista completa de beneficios cubiertos.

Ayuda para cubrir gastos de bolsillo

Una estancia hospitalaria puede ser costosa, incluso si tienes cobertura médica. El seguro de indemnización hospitalaria puede ayudarte a cubrir tu franquicia médica o coseguro si estás hospitalizado, pagándote directamente una indemnización global. Al inscribirte en el plan de Indemnización Hospitalaria, tú y tu asegurado también tenéis derecho a recibir un Beneficio Anual de Bienestar de \$50 por mantener su atención preventiva.

EJEMPLO

Alexis y su marido esperaban con ansias el nacimiento de su hijo. Alexis fue inscrita en el plan de Indemnización Hospitalaria, que le proporcionaba beneficios para su ingreso y estancia hospitalaria. El dinero que recibió bajo el plan le permitió tomar una semana extra de baja por maternidad no remunerada para crear un vínculo con su pequeño.

PAGO DE BENEFICIOS DE ALEXIS

Ingreso hospitalario	\$1,000
Estancia hospitalaria (2 días)	\$200 (\$100 al día)
Guardería de recién nacidos	\$500
BENEFICIO TOTAL	\$1,700

TIPO DE BENEFICIO	IMPORTE DE LA PRESTACIÓN
Ingreso hospitalario	\$1,000 por entrada, hasta 4 veces al año
Confinamiento hospitalario	\$100 al día, hasta 30 días, al año
Ingreso en UCI hospitalaria	\$2,000 por entrada, hasta una vez, al año
Confinamiento en UCI hospitalaria	\$200 al día, hasta 30 días
Guardería de recién nacidos	\$500, una vez al año
Ingreso y Confinamiento en la UCIN Hospitalaria	Un 25% adicional de beneficio
Beneficio para el bienestar	\$50 por asegurado, al año

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Prima mensual

SOLO PARA EMPLEADOS	\$20.34
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$43.43
EMPLEADO + NIÑOS	\$30.88
EMPLEADO + FAMILIA	\$56.22

APROVECHANDO TU BENEFICIO PARA LA SALUD

Tus beneficios por Enfermedades Graves y Indemnización Hospitalaria ofrecen un Beneficio de Bienestar anual de \$50, ¡disponible para cada miembro inscrito!

Lincoln pagará este beneficio cuando recibas servicios que probablemente ya estés accediendo como parte de tus rutinas de cuidados preventivos. Simplemente presentando una reclamación tras recibir estos beneficios, recibirás \$50 por asegurado, al año, así que asegúrate de aprovechar este beneficio al analizar los costes de la prima de tu bolsillo para estos planes.

EJEMPLO

Terry tiene 35 años y quiere inscribirse en los planes de Enfermedades Críticas para el próximo año. ¡Ve que puede recibir un beneficio de \$50 por recibir atención que ya tiene programada con su médico! Usando ese dinero para compensar el coste de la prima anual, se da cuenta de que solo necesita pagar \$20.56 anuales para proporcionar una red de seguridad financiera cuando más la necesite.

ENFERMEDAD CRÍTICA

Según la edad de Terry, su cobertura de \$10,000 es de \$5.88 al mes, o \$70.56 anuales. Tras sus servicios preventivos cualificados, Terry presenta una reclamación de Beneficios de Bienestar y recibe sus \$50.

Teniendo en cuenta este beneficio, su prima anual es solo de \$20.56, ¡que es menos de \$2 al mes!

¿CUBRIR A LOS FAMILIARES?

Las reclamaciones de beneficios de bienestar se pagan **por cada miembro asegurado** ; si Terry inscribe a su cónyuge e hijo, podría recibir hasta \$150 en beneficios si cada miembro de la familia recibe servicios que cumplan los requisitos.

Para el **Plan de Enfermedades Graves**, esto ajustaría la prima anual de Terry a **\$101.76** (basado en \$5,000 de prestaciones para cónyuge y \$5,000 por hijos).

Si se presentan las reclamaciones de los tres miembros, la prima anual de Terry se compensa por completo durante el año.

Se llevará algo menos de \$50 por presentar las tres reclamaciones de Bienestar.



BIENESTAR y EQUILIBRIO

"LA CLAVE PARA MANTENER EL EQUILIBRIO ES SABER CUÁNDO LO HAS PERDIDO."

Una versión de ti más feliz y saludable

Crear un equilibrio saludable entre trabajo y ocio es un factor clave para llevar un estilo de vida feliz y productivo, pero no siempre es fácil.

Ofrecemos un Programa de Asistencia al Empleado (PAE) para ayudarte a:

- Gestionar el estrés, la dependencia química, la salud mental y los problemas familiares

Cuidarte te ayudará a ser más eficaz en todos los ámbitos de tu vida. Asegúrate de aprovechar este programa para mantenerte en tu mejor forma.

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP)



CONTACTA CON EL EAP

Nombre de usuario de la empresa

bbv

Teléfono

888-881-5462

Sitio web

supportlinc.com



Ayuda para ti y los miembros de tu hogar

Hay momentos en los que todos necesitamos un poco de ayuda o consejo, o asistencia con una preocupación seria. El EAP de Curalinc puede ayudarte a gestionar una amplia variedad de cuestiones personales como la salud emocional y el abuso de sustancias; necesidades de crianza y cuidado infantil; asesoramiento financiero; asesoramiento legal; y recursos para el cuidado de personas mayores.

Lo mejor de todo es que contactar con el EAP es completamente confidencial, gratuito y está disponible para cualquier miembro de tu hogar inmediato.

Recursos de EAP sin coste

El EAP está disponible las 24 horas para asegurarte de acceder a los recursos que necesitas:

- Acceso ilimitado al teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- Asesoramiento presencial o por vídeo para problemas a corto plazo; hasta 5 visitas.
- Acceso ilimitado a artículos útiles, recursos y herramientas de autoevaluación.

BENEFICIOS DEL ASESORAMIENTO

- Dificultad con Relación
- Angustia emocional
- Estrés laboral
- Alcohol o drogas Problemas
- Pérdida y fallecimiento

CRIANZA & CUIDADO INFANTIL

- Derivaciones a proveedores de calidad
- Guarderías familiares
- Centros infantiles y guarderías
- Cuidado antes y después del colegio
- atención las 24 horas

COACHING FINANCIERO

- Gestión del dinero
- Gestión de deudas
- Resolución de robo de identidad
- Cuestiones fiscales

CONSULTA LEGAL

- Derivación a un abogado local
- Problemas familiares (matrimoniales, custodia de hijos, adopción)
- Propietario/inquilino
- Lesiones personales
- Protección al consumidor
- Bienes raíces
- Quiebra

RECURSOS PARA EL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES

- Ayuda para encontrar recursos adecuados para cuidar a un familiar mayor o discapacitado

RECURSOS EN LÍNEA

- Herramientas de autoayuda para mejorar la resiliencia y el bienestar
- Información útil y enlaces a diversos servicios y temas



INFORMACIÓN IMPORTANTE DEL PLAN

En esta sección encontrarás información importante sobre el plan, incluyendo:

- Tus contribuciones a beneficios médicos, dentales y de visión para 2026
- Información de contacto de nuestras aseguradoras y proveedores de beneficios
- Un resumen de los avisos del plan de salud que tienes derecho a recibir anualmente, y dónde encontrarlos
- Un glosario de beneficios para ayudarte a entender los términos importantes del seguro.

TUS COSTES MENSUALES DE PRESTACIÓN

La cantidad total que pagas por la cobertura de tus beneficios depende de los planes que elijas y de cuántos dependientes cubras. Tus costes sanitarios se deducen de tu salario antes de impuestos — antes de calcular los impuestos federales, estatales y de la seguridad social — por lo que pagas menos impuestos.

MÉDICO

Premera Blue Cross Your Future HSA \$3,400

	Coste total	Contribución del empleador	Coste para empleados
SOLO PARA EMPLEADOS	\$485.89	\$417.89	\$68.00
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$1,093.24	\$517.38	\$575.86
EMPLEADO + NIÑOS	\$947.43	\$467.54	\$479.89
EMPLEADO + FAMILIA	\$1,559.71	\$733.24	\$826.47

Premera Blue Cross Tu Elección PPO \$2,500

	Coste total	Contribución del empleador	Coste para empleados
SOLO PARA EMPLEADOS	\$560,10	\$420.10	\$140.00
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$1,260,20	\$547.08	\$713.12
EMPLEADO + NIÑOS	\$1,092,12	\$497.96	\$594.16
EMPLEADO + FAMILIA	\$1,797,89	\$847.99	\$949.90

Ten en cuenta que, a menos que tu pareja de hecho sea tu dependiente fiscal según lo definido por la Agencia Tributaria, las contribuciones para la cobertura de pareja de hecho deben realizarse después de impuestos. De manera similar, la contribución de la empresa para la cobertura de tu pareja de hecho y sus dependientes se declarará como ingreso gravable en tu W-2. Contacta con tu asesor fiscal para más detalles sobre cómo se aplica este tratamiento fiscal a ti. Notifique a Brinton Business Ventures Inc si su pareja de hecho es su dependiente fiscal.

TUS COSTES MENSUALES DE PRESTACIÓN

DENTAL

Base Dental Primera Blue Cross \$1,000

	Coste total	Contribución del empleador	Coste para empleados
SOLO PARA EMPLEADOS	\$40.28	\$20.14	\$20.14
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$80.56	\$20.14	\$60.42
EMPLEADO + NIÑOS	\$84.29	\$20.14	\$64.15
EMPLEADO + FAMILIA	\$130.45	\$20.14	\$110.31

Compra de \$1,500 de Primera Blue Cross Dental con Ortho

	Coste total	Contribución del empleador	Coste para empleados
SOLO PARA EMPLEADOS	\$46.82	\$21.39	\$25.43
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$93.64	\$21.39	\$72.25
EMPLEADO + NIÑOS	\$97.98	\$21.39	\$76.59
EMPLEADO + FAMILIA	\$151.63	\$21.39	\$130.24

VISIÓN

Plan de Visión Voluntario Distintivo del VSP

	Coste total
SOLO PARA EMPLEADOS	\$8.18
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$13.09
EMPLEADO + NIÑOS	\$13.37
EMPLEADO + FAMILIA	\$21.55

TUS COSTES DE BENEFICIOS

Cubres el coste total de la cobertura de tus beneficios voluntarios. Estas primas se deducen después de impuestos, proporcionando un beneficio libre de impuestos.

SEGURO DE ACCIDENTES

	Prima mensual
SOLO PARA EMPLEADOS	\$21.03
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$33.25
EMPLEADO + NIÑOS	\$34.85
EMPLEADO + FAMILIA	\$53.49

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

	Prima mensual
SOLO PARA EMPLEADOS	\$20.34
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$43.43
EMPLEADO + NIÑOS	\$30.88
EMPLEADO + FAMILIA	\$56.22

SEGURO POR ENFERMEDADES GRAVES

Tarifas mostradas por cada \$1,000 de cobertura. La edad del empleado se utiliza para determinar las tarifas del cónyuge.

Se aplica la calificación de edad alcanzada, lo que significa que las tarifas aumentarán en el aniversario de la póliza si cambias de franja de edad.

Los hijos están incluidos en la tarifa del empleado si se elige cobertura.

Prima mensual	EMPLEADO	CÓNYUGE
Menores de 24 años	\$0.230	\$0.162
25 – 29	\$0.327	\$0.259
30 – 34	\$0.437	\$0.369
35 – 39	\$0.588	\$0.519
40 – 44	\$0.877	\$0.807
45 – 49	\$1.249	\$1.181
50 – 54	\$1.810	\$1.742
55 – 59	\$2.462	\$2.392
60 – 64	\$3.463	\$3.395
65 – 69	\$4.770	\$4.701
70+	\$8.971	\$8.902

Las tasas se redondearán al céntimo más cercano y pueden diferir del gráfico anterior.

RECURSOS ÚTILES

Defensor de los beneficios

benefitsupport@alliant.com

(800) 489-1390

MÉDICO/RECETA Y DENTAL

Cruz Azul de Premera

Política # 4024591

premera.com

Premera Mobile App

[Encuentra un proveedor](#)

Servicios a los miembros

(800) 722-1471

VISIÓN

Plan de Servicio de Visión (VSP)

Política # 30065489

vsp.com

[Encuentra un proveedor](#)

Servicios a los miembros

(800) 877-7195

AHORROS EN SALUD CUENTA (HSA)

Servicios de Gestión

COBRA

cobramanagement.com

Servicios a los miembros

(866) 517-7580

LÍNEAS DE VIDA, AD&D Y VOLUNTARIAS

Lincoln Financial Group

Política # 10273652

LincolnFinancial.com

Servicios a los miembros

(800) 423-2765

GLOSARIO

-UN-

AD&D Seguros

Un plan de seguro que te pague una prestación a ti o a tu beneficiario si sufres pérdida de un miembro, del habla, de la vista o de la audición, o si tienes un accidente mortal.

Cantidad permitida

La cantidad máxima que tu plan pagará por un servicio sanitario cubierto.

Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

Un centro sanitario especializado en procedimientos quirúrgicos el mismo día, como cataratas, colonoscopias, gastroenterología alta endoscopia, cirugía ortopédica y más.

Límite anual

Un tope a los beneficios que tu plan pagará en un año. Se pueden imponer límites a servicios concretos, como recetas o hospitalizaciones. Se pueden establecer límites anuales a la cantidad en dólares de los servicios cubiertos o al número de visitas que estarán cubiertas para un servicio determinado.

Una vez alcanzado un límite anual, debes pagar todos los gastos sanitarios asociados durante el resto del año del plan.

-B-

Facturación de saldo

Los proveedores dentro de la red no pueden cobrarte más del cargo permitido por el plan, pero los proveedores fuera de la red sí. Esto se llama facturación de saldo. Por ejemplo, si la tarifa del proveedor es de 100 pero el cargo permitido del plan es solo de 70, un proveedor fuera de la red puede facturarte a ti la diferencia de 30 (el saldo).

Beneficiario

La persona (o personas) que nombras recibirá un beneficio en caso de que fallezcas.

Se solicitan beneficiarios para planes de vida, AD&D y de jubilación. Debes nombrar a tu beneficiario con antelación.

Medicamento de marca

Un medicamento vendido bajo su nombre registrado. Por ejemplo, Lipitor es el nombre comercial de un medicamento común contra el colesterol.

-C-

COBRA

Una ley federal que puede permitirte continuar temporalmente con la cobertura sanitaria tras finalizar tu empleo, en función de ciertos eventos que cumplen los requisitos. Si eliges la cobertura COBRA (Ley Consolidada de Conciliación Presupuestaria Omnibus), pagas el 100% de las primas, incluyendo cualquier parte que tu empleador solía pagar, más una pequeña tasa administrativa.

Reclamación

Una solicitud de pago que tú o tu proveedor de salud presentáis a tu plan de salud después de recibir los servicios que puedan estar cubiertos.

Coaseguro

Tu parte del coste de una visita o servicio sanitario. El coaseguro se expresa en porcentaje y siempre suma el 100%. Por ejemplo, si el plan paga el 70%, tu responsabilidad de coaseguro es el 30% del coste. Si tu plan tiene franquicia, pagas el 100% del coste hasta que alcances la cantidad de tu franquicia.

Copago

Una tarifa fija que pagas por algunos servicios sanitarios, por ejemplo, una visita al médico. Pagas el copago (a veces llamado copago) en el momento en que recibes la atención. En la mayoría de los casos, los copagos no cuentan para la franquicia.

-D-

Franquicia

La cantidad de gastos sanitarios que tienes que pagar con tu propio dinero antes de que tu plan de salud pague. La franquicia no se aplica a la atención preventiva ni a ciertos otros servicios.

La cobertura familiar puede tener un deducible *agregado* o *incorporado*.

Agregado significa que tu familia debe cubrir toda la franquicia familiar antes de que se cubran gastos individuales. Integrado significa que el plan comienza a realizar pagos para un miembro individual tan pronto como alcanza su deducible individual.

Servicios Básicos Dentales

Servicios como empastes, extracciones rutinarias y algunos procedimientos de cirugía oral.

Diagnóstico y Preventivo Dental

Generalmente incluye limpiezas rutinarias, exámenes bucales, radiografías y tratamientos con flúor.

La mayoría de los planes limitan los exámenes preventivos y las limpiezas a dos veces al año.

Servicios Principales en Odontología

Trabajos dentales complejos o restaurativos como coronas, puentes, dentaduras postizas, incrustaciones y onlays.

Cuenta de Gastos Flexibles para Cuidados a Dependientes (FSA)

Un acuerdo a través de tu empleador que te permite pagar los gastos elegibles de cuidado infantil y mayor con dinero libre de impuestos. Los gastos elegibles incluyen guardería, programas antes y después del colegio, preescolar y campamento de verano para menores de edad 13. También se incluye el cuidado de un cónyuge u otro dependiente que viva contigo y que sea físicamente incapaz de

cuidarse a sí mismo.

-E-

Gastos elegibles

Un servicio o producto que está cubierto por tu plan. Tu plan no cubrirá ningún coste si el gasto no es válido.

Servicio excluido

Un servicio que tu plan de salud no paga ni cubre.

-F-

Formulario

Una lista de medicamentos con receta cubiertos por tu plan médico o plan de medicamentos **CON** receta. También se llama lista de medicamentos.

-G-

Medicamento genérico

Un medicamento que tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca, pero que se vende bajo un nombre diferente. Por ejemplo, Atorvastatina es el nombre genérico para medicamentos con la misma fórmula que Lipitor.

Con derechos adquiridos

Un plan médico exento de ciertas disposiciones de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA).

-H-

Cuenta de Reembolso de Salud (HRA)

Una cuenta financiada por un empleador que reembolsa a los empleados, libres de impuestos, por gastos médicos cualificados hasta un máximo anual. A veces se llaman Acuerdos de Reembolso de Salud.

Cuenta de Gastos Flexibles en salud (FSA)

Una cuenta de salud a través de tu empleador que te permite pagar muchos gastos médicos de tu bolsillo con dinero libre de impuestos. Los gastos elegibles incluyen copagos y franquicias del seguro, medicamentos con receta cualificados, insulina y dispositivos médicos, así como algunos artículos de venta libre.

Plan de Salud con Alta Franquicia (HDHP)

Un plan médico con una franquicia más alta que un plan de seguro tradicional. La prima mensual suele ser menor, pero pagas más gastos sanitarios (el deducible) antes de que la compañía de seguros empiece a pagar su parte. Un plan con franquicia alta (HDHP) puede hacerte elegible para una cuenta de ahorro para la salud (HSA) que te permite pagar ciertos gastos médicos con dinero libre de impuestos federales.

GLOSARIO

-YO-

Dentro de la red

Los proveedores y servicios dentro de la red contratan con tu plan de salud y suelen ser la opción de menor coste. Consulta la web de tu plan para encontrar médicos, hospitales, laboratorios y farmacias. Los servicios fuera de la red costarán más o pueden no estar cubiertas.

-L-

Seguro de vida

Un plan de seguro que paga a tu beneficiario una suma global si falleces.

Seguro de Incapacidad a Largo Plazo

Seguro que sustituye una parte de tus ingresos si no puedes trabajar debido a una enfermedad debilitante, una lesión grave o un trastorno mental. La incapacidad a largo plazo generalmente comienza tras un periodo de espera de 90 días.

-M-

Pedido por correo

Una característica de un plan médico o de medicamentos con receta, donde los medicamentos que tomas de forma habitual pueden entregarse por correo en un suministro de 90 días.

-O-

Inscripción abierta

La época del año en la que puedes cambiar los planes de prestaciones en los que estás inscrito y los dependientes que cubres. La inscripción abierta se celebra una vez al año. Fuera del periodo de inscripción abierta, solo puedes hacer cambios si tienes ciertos acontecimientos en tu vida, como casarte o incorporar un nuevo bebé o hijo a la familia.

Fuera de la red

Los proveedores fuera de la red (médicos, hospitales, laboratorios, etc.) te cuestan más porque no tienen contrato con tu plan y no están obligados a limitar sus tarifas máximas. Algunos planes, como los HMO y EPOs, no cubren servicios fuera de la red en absoluto.

Coste de bolsillo

Un gasto sanitario que debes pagar con tu propio dinero, ya sea desde tu cuenta bancaria, tarjeta de crédito o desde una cuenta de salud como una HSA, FSA o HRA.

Máximo de Gastos Directos

Te protege de grandes facturas

médicas. Una vez que los gastos "de tu propio bolsillo" alcanzan esta cantidad, el plan paga el 100% de la mayoría de los gastos elegibles restantes durante el resto del año del plan.

La cobertura familiar puede tener un máximo *agregado* o *integrado*. Agregado significa que tu familia debe cumplir con el máximo de dinero de bolsillo de toda la familia antes de que el plan pague el 100% para cualquier miembro. Integrado significa que el plan cubrirá el 100% para un miembro individual tan pronto como alcance su máximo individual.

Atención ambulatoria

Atención de un hospital que no requiera quedarte a dormir.

-P-

Farmacia participante

Una farmacia que contrata con tu plan médico o de medicamentos y que normalmente resultará en el menor coste para medicamentos con receta.

Año del Plan

Un periodo de 12 meses de cobertura de prestaciones. El periodo de 12 meses puede o no ser el mismo que el año natural.

Medicamento preferido

Cada plan de salud tiene una lista de medicamentos preferidos que incluye medicamentos con receta, basada en una evaluación de eficacia y coste. Otro nombre para esta lista es "formulario". El plan puede cobrar más por medicamentos no preferidos o por medicamentos de marca que tengan versiones genéricas. Los medicamentos que no están en la lista de medicamentos preferidos pueden no estar cubiertos.

Servicios de Cuidados Preventivos

Visitas sanitarias rutinarias que pueden incluir cribados, pruebas, revisiones, vacunas y asesoramiento al paciente para prevenir enfermedades, dolencias u otros problemas de salud. Muchos servicios de atención preventiva están completamente cubiertos. Consulta con tu plan de salud con antelación si tienes dudas sobre si un servicio preventivo está cubierto.

Proveedor de atención primaria (PCP)

El médico principal al que consultas para problemas de salud. Algunos planes médicos requieren que los

miembros designen a un médico específico como su médico de cabecera, y exigen que la atención y las derivaciones sean dirigidas o aprobadas por ese proveedor.

-S-

Seguro de Incapacidad a Corto Plazo

Seguro que sustituye una parte de tus ingresos si estás temporalmente incapacitada para trabajar debido a una cirugía y tiempo de recuperación, una enfermedad o lesión prolongada, o problemas de embarazo y recuperación del parto.

-T-

Telemedicina / Telemedicina / Teledoc

Una visita virtual al médico mediante videollamada en un ordenador, tablet o smartphone.

Las consultas por telemedicina pueden utilizarse para muchas enfermedades y lesiones comunes y no graves, y están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Muchos planes de salud y grupos médicos ofrecen servicios de telemedicina sin coste o por mucho menos que una visita a la consulta.

-U-

UCR (Habitual, Habitual y Razonable)

La cantidad pagada por un servicio médico en una zona geográfica basada en lo que los proveedores suelen cobrar por el mismo o similar servicio médico. A veces se utiliza la cantidad UCR para determinar la cantidad permitida.

Atención Urgente

Cuida una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave como para que se necesite atención inmediata, pero no tan grave como para requerir atención en urgencias. El tratamiento en un centro de atención urgente generalmente cuesta mucho menos que una visita a urgencias.

-V-

Vacunaciones

Tratamiento para prevenir enfermedades comunes como la gripe, neumonía, sarampión, polio, meningitis, herpes zóster y otras enfermedades. También se llaman inmunizaciones.

Beneficio voluntario

Un plan de beneficios opcional ofrecido por tu empleador por el que pagas la prima total, normalmente mediante deducción por nómina.

INFORMACIÓN IMPORTANTE DEL PLAN

AVISOS DE PLANES DE SALUD

Estos avisos deben proporcionarse a los participantes del plan anualmente y están disponibles en el documento de Avisos Anuales que lo acompaña.

- **Aviso de la Parte D de Medicare:** Describe opciones para acceder a la cobertura de medicamentos recetados para personas elegibles para Medicare
- **Ley de Salud de la Mujer y Derechos contra el Cáncer:** Describe los beneficios disponibles para quienes se sometieron o han sido sometidos a una mastectomía
- **Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres:** Describe los derechos de la madre y del recién nacido a permanecer en el hospital entre 48 y 96 horas después del parto
- **Aviso de Derechos Especiales de Inscripción según HIPAA:** Describe cuándo puedes inscribirte a ti mismo y/o a tus dependientes en cobertura sanitaria fuera de la inscripción abierta
- **Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA:** Describe cómo puede utilizarse y divulgarse la información sanitaria sobre usted
- **Asistencia para primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP):** Describe la disponibilidad de ayuda para primas para los dependientes elegibles de Medicaid.

COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA

Tú y/o tus dependientes podéis tener derecho a continuar con la cobertura después de perder la elegibilidad según los términos de nuestro plan de salud. Al inscribirse, usted y sus dependientes reciben un Aviso Inicial de COBRA que detalla las circunstancias bajo las cuales la cobertura continua disponible y sus obligaciones de notificar al plan cuando usted o sus dependientes experimenten un evento calificativo. Por favor, revise detenidamente este aviso para asegurarse de que comprende sus derechos y obligaciones.

DOCUMENTOS DEL PLAN

Documentos importantes para nuestro plan de salud y plan de jubilación están disponibles junto con los Avisos Anuales. Copias en papel de estos documentos y avisos están disponibles si se solicita. Si desea una copia en papel, por favor contacte con el Administrador del Plan.

DESCRIPCIONES RESUMIDAS DEL PLAN (SPD)

El documento legal que describe los beneficios proporcionados bajo el plan, así como los derechos y obligaciones del plan hacia los participantes y beneficiarios.

RESUMEN DE PRESTACIONES Y COBERTURA (SBC)

Un documento requerido por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) que presenta las características del plan de beneficios en un formato estandarizado.

- Primera Blue Cross Your Future HAS \$3,400
- Primera Blue Cross Tu Elección PPO \$2,500

DECLARACIÓN DE MODIFICACIONES MATERIALES

Esta guía de inscripción constituye un Resumen de Modificaciones Materiales (SMM) de Brinton Business Ventures Inc. Plan de Salud. Está pensado para complementar y/o reemplazar cierta información en el SPD, así que guárdala para referencia futura junto con tu SPD. Por favor, comparte estos materiales con los familiares cubiertos.

DETERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD

MÉTODO DE MEDICIÓN DE RETROCESO

La información que sigue explica cómo se determina tu elegibilidad para la cobertura sanitaria, de acuerdo con las normas de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA).

Según la ACA, los empleadores están obligados a informar a la IRS sobre información específica sobre beneficios de empleados "a tiempo completo" según la definición de la ACA. Un empleado "a tiempo completo" suele ser aquel que trabaja de media 130 horas al mes. El estatus de ACA a tiempo completo puede afectar o determinar la elegibilidad de beneficios médicos importantes, pero no garantiza la elegibilidad de los beneficios. Brinton Business Ventures Inc utiliza el método de medición retrospectiva para determinar la elegibilidad de un plan de salud grupal.

NUEVOS EMPLEADOS CONTRATADOS PARA TRABAJAR A TIEMPO COMPLETO: Si te contratan como nuevo empleado a tiempo completo (trabajas de media 130 o más horas al mes), tú y tus dependientes generalmente sois elegibles para la cobertura del plan de salud grupal a partir del primer día del mes siguiente a los 60 días de empleo.

NUEVOS EMPLEADOS CONTRATADOS PARA TRABAJAR A TIEMPO PARCIAL, HORARIO VARIABLE O CON HORARIO ESTACIONAL: Si te contratan para un puesto a tiempo parcial, un puesto en el que tus horarios varían y Brinton Business Ventures Inc no puede determinar — en la fecha de tu contratación — si serás un empleado a tiempo completo o si estás contratado como empleado temporal que trabajará seis (6) meses consecutivos o menos (independientemente de las horas trabajadas mensualmente), se te colocará en un periodo inicial de medición (IMP). Tu IMP comenzará el primero del mes siguiente a la fecha de contratación. Si, durante tu IMP, promedias 130 o más horas al mes, pasarás a ser a tiempo completo y, si de otro modo tienes derecho a beneficios, se te ofrecerá cobertura a partir del primer mes siguiente a tu IMP. Tu estatus de profesional a tiempo completo permanecerá vigente durante un periodo de estabilidad asociado que durará 180 días. Si tu empleo se termina durante ese periodo de estabilidad y estabas inscrito en beneficios, se te ofrecerá cobertura bajo COBRA.

EMPLEADOS CONTINUOS: Un empleado permanente es una persona que ha estado empleada durante todo un periodo estándar de medición. Un periodo estándar de medición es el periodo de 180 días durante el cual Brinton Business Ventures Inc cuenta las horas de los empleados para determinar qué empleados trabajan a tiempo completo. Aquellos empleados que promedien 130 o más horas al mes durante el periodo estándar de medición serán considerados a tiempo completo y, si son elegibles para beneficios, se les ofrecerá cobertura desde el primer día del periodo de estabilidad asociado al periodo estándar de medición. El estatus de tiempo completo estará en vigor durante un periodo de estabilidad asociado de 180 días. Si tu empleo se termina durante un periodo de estabilidad y estabas inscrito en beneficios, se te ofrecerá cobertura continuada bajo COBRA.

Brinton Business Ventures Inc utiliza el ciclo anual estándar de periodo de medición y periodo de estabilidad asociado, que se detallan a continuación:

PERIODO DE MEDICIÓN: COMIENZA: 1 de noviembre. **DURACIÓN:** 31 de octubre. Tiempo para determinar si trabajas una media de 130+ horas al mes – se utiliza para determinar si eres "a tiempo completo" o "a tiempo parcial" para la elegibilidad médica.

PERIODO DE ESTABILIDAD: COMIENZA: 1 de enero. **DURACIÓN:** 31 de diciembre. Tiempo durante el cual se te considerará "a tiempo completo" o "a tiempo parcial" para la elegibilidad del plan médico, en función de las horas trabajadas durante el Periodo de Medición anterior.

