OXY
Occidental College

Teamsters 911

2024

Guía de beneficios

EXPLORAR AHORA

Salud • Finanzas • Trabajo y vida personal

Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2024

Bienvenida

Sus beneficios constituyen una parte importante de su remuneración general. Nos complace ofrecerle una amplia selección de beneficios valiosos para proteger a su familia, su salud y su modo de vida. En esta guía, encontrará respuestas a algunas de las preguntas básicas que puede tener acerca de sus beneficios. Léala detenidamente junto con cualquier material complementario que reciba.

Requisitos

Usted reúne los requisitos para recibir beneficios si es un empleado regular de tiempo completo que trabaja 30 horas semanales o más. También puede inscribir a sus familiares que reúnan los requisitos en determinados planes que elija para usted. Entre los familiares que reúnen los requisitos, se incluyen los siguientes:

- Su cónyuge legal.
- Su pareja doméstica y los hijos de esta, donde corresponda según la ley estatal.
- Sus hijos biológicos o adoptivos, sus hijastros o aquellos hijos de los cuales tiene la custodia legal (pueden aplicarse restricciones de edad). Los hijos incapacitados de 26 años en adelante que cumplan ciertos criterios pueden continuar recibiendo su cobertura de salud.

Cuándo comienza la cobertura

- **Empleados nuevos:** Debe completar el proceso de inscripción dentro de los 31 días posteriores a la fecha de contratación. Si se inscribe en el plazo establecido, la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación.
- Si no se inscribe en el plazo establecido, **NO** contará con la cobertura de los beneficios (a excepción de los beneficios pagados por la compañía).
- **Inscripción abierta:** Los cambios que se hagan durante la inscripción abierta tendrán vigencia desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2024.

Elija con cuidado

Debido a las regulaciones del Servicio de Impuestos Internos (IRS), no puede modificar sus elecciones hasta el siguiente período de inscripción abierta anual, a menos que pase por un hecho de vida calificador durante el año. Estos son ejemplos de los hechos de vida calificadores más comunes:

- Matrimonio o divorcio.
- Nacimiento o adopción de un hijo.
- Hijo que cumple la edad límite.
- Muerte del cónyuge, de la pareja doméstica o de un hijo.
- Pérdida de la cobertura del plan del cónyuge o de la pareja doméstica.
- Acceso a cobertura estatal a través de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP).

Cómo realizar cambios

Para realizar cambios en sus elecciones de beneficios, debe comunicarse con el Departamento de Recursos Humanos dentro de los 31 días posteriores al hecho de vida calificador (incluidos los nacimientos). Le solicitaremos documentación que respalde el hecho, como una licencia de matrimonio, un acta de nacimiento o una sentencia de divorcio. Si no se presentan los cambios en el plazo establecido, deberá esperar hasta el siguiente período de inscripción abierta para hacerlos.

Información solicitada: *Cuando se inscriba, se le pedirá que ingrese el número de Seguro Social de todos los dependientes cubiertos. La Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA), también conocida como "ley de reforma de la atención de salud", exige que la compañía presente esta información al IRS todos los años para demostrar que usted y sus dependientes cuentan con cobertura. Esta información se presenta al IRS de manera segura, y se respeta su confidencialidad.*

En esta guía

Cobertura médica
Beneficios voluntarios
Cobertura dental
Cobertura de la visión
Cuentas de gastos flexibles (FSA)
Seguro de vida y por AD&D
Seguro por incapacidad
Programa de Asistencia al Empleado (EAP)
Valiosos beneficios adicionales
Costo de los beneficios
Información de contacto

Inscripción

Ingrese en **https://oxy.ease.com**. Allí encontrará información detallada sobre los planes que puede elegir e instrucciones para inscribirse.

Cobertura médica

Nos enorgullece ofrecerle distintas opciones de planes médicos con cobertura integral de atención médica y de medicamentos con receta. Los planes también ofrecen varios recursos y herramientas para que pueda mantener un estilo de vida saludable. A continuación, encontrará una breve descripción de cada plan.

Plan HMO de Kaiser

Con este plan, deberá usar los centros y los proveedores de Kaiser para satisfacer sus necesidades médicas y de farmacia. No se cubren los servicios que se reciban fuera de la red de Kaiser, salvo en casos de atención médica de emergencia.

Plan TRIO HMO y Access+ HMO de Blue Shield of California

Con cada uno de estos planes, debe elegir un médico de atención primaria de la red participante de proveedores para que coordine sus necesidades de atención de salud, lo remita a especialistas (si es necesario) y apruebe tratamientos médicos adicionales. No se cubren los servicios que se reciban fuera de la red de los planes HMO, salvo en casos de atención médica de emergencia.

Plan PPO de Blue Shield of California

Con este plan, puede atenderse con el proveedor que elija. Sin embargo, podrá maximizar sus beneficios y reducir sus costos de desembolso si elige un proveedor de la red.

- El plan cubre el costo total de los servicios preventivos de atención de salud autorizados que se brinden dentro de la red.
- Usted paga el costo total de los servicios no preventivos de atención de salud hasta que alcanza el **deducible anual**. También podría tener que pagar un monto fijo (**copago**) para determinados servicios.
- Una vez que alcanza el deducible, usted paga un porcentaje de determinados gastos de atención de salud (**coseguro**), y el plan cubre el resto.
- Cuando el deducible, los copagos y el coseguro alcanzan el **desembolso máximo**, el plan cubre el costo total de los servicios autorizados de atención de salud durante el resto del año.

Cobertura médica (continuación)

A continuación, encontrará una descripción general de la cobertura disponible. Para obtener información detallada de la cobertura, consulte la *Descripción resumida del plan* (*SPD*).

Principales beneficios médicos	Kaiser	Blue Shield of California			
	Traditional HMO $10	Trio Network HMO	Access + HMO	Full Network PPO	
	Solo dentro de la red	Solo dentro de la red	Solo dentro de la red	Dentro de la red	Fuera de la red[1]
Deducible (por año calendario)					
Individual/familiar	Ninguno/ninguno	Ninguno/ninguno	Ninguno/ninguno	$250/$750	$250/$750
Desembolso máximo (por año calendario)					
Individual/familiar	$1,500/$3,000	$1,500/$3,000	$1,500/$3,000	$1,750/$3,500	$3,250/$6,500
Servicios cubiertos					
Visitas al consultorio (médico/especialista)	Copago de $10/$10	Copago de $10/$10	Copago de $10/$10 (si lo han remitido)/ $20 (si se ha autorremitido)	Copago de $10/$15	30 %*
Visitas virtuales	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cobertura
Atención preventiva de rutina	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cobertura
Servicios ambulatorios de diagnóstico (radiografías y análisis de laboratorio)	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Copago de $10*	30 %*
Servicios de imágenes complejas	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	10 %*[5]	30 %*
Servicios quiroprácticos o acupuntura	N/C	N/C	N/C	Copago de $25[2]	30 %*
Servicios de ambulancia	Copago de $50	Copago de $100	Copago de $100	10 %*	10 %*
Sala de emergencias	Copago de $50	Copago de $100	Copago de $100	Copago de $150 + 10 %	Copago de $150 + 10 %
Centro de atención urgente	Copago de $10	Copago de $10	Copago de $10	Copago de $10	30 %*
Hospitalización	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	10 %*[6]	30 %*[3, 6]
Cirugía ambulatoria	Copago de $10	Sin cargo	Sin cargo	15 %*	30 %*[4]
Medicamentos con receta (nivel 1/nivel 2/nivel 3/nivel 4)					
Farmacia minorista (suministro para 30 días)	$10/$20/NC/$20	$10/$15/$30/20 % hasta $250	$10/$15/$30/20 % hasta $250	$10/$30/$50/30 % hasta $250	$10/$30/$50/30 % hasta $250 más un 25 % del costo de adquisición
Orden por correo (suministro para 90 días)	$10/$20	$20/$30/$60/20 % hasta $500	$20/$30/$60/20 % hasta $500	$20/$60/$100/30 % hasta $500	Sin cobertura

Los porcentajes de coseguro y los montos de copago que se muestran en el cuadro anterior representan lo que el miembro debe pagar.

*** Para los beneficios con asterisco (*), se requiere haber alcanzado el deducible antes de que el plan comience a pagar.**

1. Si recibe servicios de un proveedor fuera de la red, deberá pagar cualquier cargo que supere el monto máximo permitido.
2. Límite de 20 visitas por año calendario y por miembro.
3. Hasta $600 por día más el 100 % de los cargos adicionales.
4. Hasta $350 por procedimiento más el 100 % de los cargos adicionales.
5. Corresponde a los gastos compartidos en un centro radiológico ambulatorio.
6. También se aplica a la salud mental y al abuso de sustancias.

Beneficios voluntarios

A través de nuestros planes de beneficios, usted y su familia pueden obtener ayuda para vivir bien y mantenerse sanos. ¿Sabía que puede tener una cobertura aún más sólida? ¡Así es! Nuestros beneficios voluntarios por medio de MetLife están diseñados para complementar su cobertura de atención de salud y permitirle adaptar nuestros beneficios a sus necesidades y las de su familia. ¿Cuál es la mejor parte? ¡Usted recibe de manera directa los beneficios de estos planes! La cobertura también está disponible para su cónyuge y sus dependientes.

Puede registrarse en estos planes durante la inscripción abierta. Dichos planes son completamente voluntarios, lo que significa que usted debe pagar la cobertura a tarifas de grupo asequibles.

Seguro por accidente

Con el seguro por accidente, puede amortiguarse el impacto financiero de una lesión accidental mediante el pago de un beneficio que lo ayudará a cubrir los costos de desembolso inesperados relacionados con el tratamiento de la lesión.

Seguro por enfermedades graves

¿Sabía que el desembolso total promedio para el tratamiento de una enfermedad grave es de más de $7,000[1]? Con el seguro por enfermedades graves, si se le diagnostica una enfermedad cubierta, recibirá un pago único que puede usar de la manera que desee para pagar, por ejemplo, tratamientos experimentales, medicamentos con receta, traslados, gastos de estadía elevados y mucho más.

Seguro de indemnización por hospitalización

El costo promedio de una hospitalización es de $11,700, y la duración promedio de la estadía es de 4.6 días[2]. Con el seguro de indemnización por hospitalización, puede reducir los costos, ya que se le paga a usted o a un dependiente cubierto un beneficio para cubrir su deducible, coseguro u otros costos de desembolso debidos a una hospitalización relacionada con una enfermedad o una lesión cubiertas.

1. *Estudio del impacto de accidentes y enfermedades graves de MetLife, octubre de 2013.*
2. *Resumen de hospitalizaciones en 2016 de EE. UU.: Variación por región geográfica. Informe estadístico del Proyecto del Costo de la Atención Médica y su Utilización (HCUP) n.º 246, diciembre de 2018. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.*

Cobertura dental

Nos enorgullece ofrecerle distintas opciones de planes dentales.

Plan DHMO de Delta Dental (plan DeltaCare USA)

Con este plan, usted elige un proveedor dental primario para que maneje su atención. No hay cargos para la mayoría de los servicios preventivos ni hay formularios de reclamo o deducibles. Se aplican cargos reducidos y preestablecidos a otros servicios.

Plan DPPO de Delta Dental (plan de tarifa por servicio)

Con este plan, tiene la libertad y la flexibilidad de visitar al dentista que elija. Sin embargo, podrá maximizar los beneficios y reducir los costos de desembolso si elige un dentista que participe en la red de Delta Dental.

A continuación, encontrará una descripción general de la cobertura disponible.

Principales beneficios dentales	Plan DHMO de Delta Dental (plan DeltaCare USA)	Plan DPPO de Delta Dental (plan de tarifa por servicio)	
	Solo dentro de la red	Dentro de la red	Fuera de la red[1]
Deductible (por año calendario)			
Individual/familiar	Ninguno/ninguno	$50 [2]/$150 [2]	$50/$150
Beneficio máximo (por año calendario; servicios preventivos, básicos y de mayor complejidad combinados)			
Por persona	Ninguno	$2,000	
Servicios cubiertos			
Servicios preventivos	Sin cargo	Sin cargo	20 %
Servicios básicos	Consultar la lista	20 %*	20 %*
Servicios de mayor complejidad	Consultar la lista	50 %*	50 %*
Ortodoncia (niños y adultos)	$1,700/$1,900 (niños y adultos)	50 %; beneficio máximo de por vida de $1,500	50 %; beneficio máximo de por vida de $1,500

Los porcentajes de coseguro que se muestran en el cuadro anterior representan lo que el miembro debe pagar.

*** Para los beneficios con asterisco (*), se requiere haber alcanzado el deducible antes de que el plan comience a pagar.**

1. Si recibe servicios de un proveedor fuera de la red, deberá pagar cualquier cargo que supere el monto máximo permitido.
2. Los servicios preventivos y de ortodoncia no tendrán deducible.

Cobertura de la visión

Nos enorgullece ofrecerle un plan de la visión.

El plan de la visión de EyeMed le ofrece la libertad de atenderse con el proveedor que elija. Sin embargo, podrá maximizar los beneficios y reducir los costos de desembolso si elige un proveedor de la red de EyeMed.

A continuación, encontrará una descripción general de la cobertura disponible.

Principales beneficios de la visión	Dentro de la red	Reembolso fuera de la red
Examen (una vez cada 12 meses)	Copago de $10	Hasta $40
Copago por materiales	Copago de $25	N/C
Lentes (una vez cada 12 meses)	Sin cargo después del copago por materiales	
Monofocales		Hasta $30
Bifocales		Hasta $50
Trifocales		Hasta $70
Marcos (una vez cada 12 meses)	Cobertura de hasta $150, 20 % de descuento para los montos superiores a $150	Hasta $91
Lentes de contacto (una vez cada 12 meses, en lugar de anteojos)	Cobertura de hasta $130	Hasta $130

Cuentas de gastos flexibles

Le ofrecemos la oportunidad de participar en nuestras cuentas de gastos flexibles (FSA) administradas a través de PrimePay. Con las FSA, tiene la posibilidad de separar una parte de sus ingresos, antes de impuestos, para pagar gastos autorizados de atención de salud o de cuidado de dependientes. Debido a que esa parte de sus ingresos no está sujeta a impuestos, usted paga menos en impuestos federales sobre el ingreso, Seguro Social y Medicare.

FSA para atención de salud

En 2024, podrá contribuir hasta el máximo del IRS para cubrir gastos autorizados de atención de salud para usted, su cónyuge y sus hijos de hasta 26 años. Estos son algunos ejemplos de gastos autorizados:

- Coseguro.
- Copagos.
- Deducibles.
- Medicamentos con receta y de venta libre.
- Productos de higiene femenina.
- Tratamiento dental.
- Ortodoncia.
- Exámenes de la vista, materiales y cirugía LASIK.

FSA para cuidado de dependientes

En 2024, podrá contribuir hasta $5,000 (por familia) para cubrir los gastos autorizados de cuidado de dependientes ($2,500 si usted y su cónyuge declaran impuestos por separado). Estos son algunos ejemplos de gastos autorizados:

- Cuidado de un hijo dependiente menor de 13 años a cargo de niñeras, guarderías, escuelas preescolares o centros de cuidado diurno.
- Cuidado de un miembro de la familia que es incapaz física o mentalmente de cuidarse a sí mismo y que reúne los requisitos como dependiente suyo a efectos de los impuestos federales.

Para obtener una lista completa de los gastos autorizados, visite www.irs.gov/pub/irs-pdf/p503.pdf.

Normas de las FSA

DEBE INSCRIBIRSE TODOS LOS AÑOS PARA PARTICIPAR.

Debido a que las FSA pueden proporcionarle una gran ventaja tributaria, se deben administrar de conformidad con las normas específicas del IRS:

Cuentas de gastos flexibles para atención de salud y cuidado de dependientes: Los fondos no utilizados **NO** se devuelven ni se transfieren al año siguiente.

Puede tener gastos hasta el 15 de marzo de 2025 y debe presentar los reclamos antes del 30 de abril de 2025.

El monto máximo de contribución lo establece cada año el IRS y su empleador. Consulte el documento del plan para obtener más información.

Seguro de vida y por AD&D

El seguro de vida brinda a las personas que usted designa un beneficio en caso de que usted fallezca.

El seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) le ofrece beneficios específicos si usted sufre una lesión corporal accidental cubierta que cause un desmembramiento de forma directa (es decir, la pérdida de una mano, un pie o un ojo). En caso de que fallezca debido a un accidente cubierto, se pagará un beneficio correspondiente al seguro de vida y al seguro por AD&D.

Seguro básico de vida y por AD&D (pagado por la compañía)

Este beneficio se ofrece SIN COSTO a través de The Standard.

Monto del beneficio	1 vez su salario anual + $5,000 hasta un máximo de $505,000

Seguro complementario de vida y por AD&D (pagado por el empleado)

Si determina que necesita más que la cobertura del seguro básico, puede adquirir una cobertura adicional a través de The Standard para usted y sus familiares que reúnen los requisitos.

Opción de beneficios		Emisión garantizada[1]
Empleado	Incrementos de $10,000 hasta un máximo de $500,000	$180,000
Cónyuge/ pareja doméstica	Incrementos de $10,000, hasta $300,000	$40,000
Hijo(s)	Incrementos de $2,500; hasta $10,000 o el 100 % del beneficio del seguro de vida del empleado, el monto que sea menor	$10,000

1. Solo durante el período en que reúne los requisitos por primera vez, usted puede recibir cobertura hasta los montos de emisión garantizada sin presentar evidencia de asegurabilidad (EOI), es decir, información sobre su salud. Los montos de cobertura para los que se requiere EOI recién entran en vigor cuando los aprueba la compañía de seguros.

Seguro por incapacidad

El seguro por incapacidad le ofrece beneficios que reemplazan parte de los ingresos que no recibe cuando no puede trabajar debido a una lesión o una enfermedad cubiertas.

Seguro por incapacidad a largo plazo	
Este beneficio se ofrece **SIN COSTO** a través de The Standard.	
Porcentaje del beneficio	60 %
Beneficio máximo mensual	$14,000
Cuándo comienzan los beneficios	Después de 180 días de incapacidad
Duración máxima de los beneficios	Hasta la edad normal de jubilación indicada por el Seguro Social

Programa de Asistencia al Empleado

La vida está llena de obstáculos y, a veces, es difícil equilibrarlos. Nos enorgullece ofrecer un programa confidencial dedicado a respaldar la salud y el bienestar emocional de nuestros empleados y sus familias. El Programa de Asistencia al Empleado (EAP) se ofrece **SIN COSTO** a través de Health Advocate.

Estos son algunos asuntos con los que el EAP puede ayudar:

- Salud mental.
- Conflictos maritales o en relaciones sentimentales.
- Cuidado de niños y adultos mayores.
- Abuso de sustancias.
- Duelo y pérdida de un ser querido.
- Problemas legales o financieros.

Beneficios del EAP

- Asistencia para usted y los familiares que vivan con usted.
- Hasta tres (3) sesiones presenciales con un asesor por problema, por persona y por año.
- Acceso ilimitado a un número gratuito y recursos en línea.

Valiosos beneficios adicionales

También ofrecemos los siguientes beneficios adicionales:

- Plan de jubilación 403(b)
- Programa de descuentos en atención veterinaria
- Asistencia al viajero y por robo de identidad
- Beneficio para pagar matrículas de estudios
- Descuentos para el empleado (Apple, Verizon, AT&T, descuentos en cines y parques de atracciones)
- Asesoramiento en salud

Costo de los beneficios

Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2024

Las contribuciones al costo de los beneficios se deducen automáticamente de su salario antes de impuestos. El monto dependerá del plan que elija y de si eligió cubrir a familiares que reúnen los requisitos.

Seguro voluntario de vida y por AD&D para empleados

Lista	Incrementos de $10,000 hasta un máximo de $500,000
Monto de emisión garantizado del seguro de vida	3 veces los ingresos o $180,000, el monto que sea menor
Opciones de transferibilidad y conversión	Ambas
Tarifa del seguro de vida según la edad	**por cada $1,000**
0-25	$0.069
25-29	$0.079
30-34	$0.099
35-39	$0.109
40-44	$0.119
45-49	$0.169
50-54	$0.249
55-59	$0.449
60-64	$0.565
65-69	$0.808
70-74	$2.079

Seguro complementario de vida y por AD&D

Las deducciones del seguro complementario de vida y por AD&D se extraen de su salario después de impuestos. Las tarifas se encuentran disponibles durante la inscripción.

Seguro voluntario de vida y por AD&D para el cónyuge

Lista	Incrementos de $10,000, hasta $300,000
Monto de emisión garantizado del seguro de vida	$40,000
Requisito de elección del seguro de vida voluntario para el empleado	Sí
Tarifa del seguro de vida según la edad	**por cada $1,000**
0-25	$0.072
25-29	$0.082
30-34	$0.102
35-39	$0.112
40-44	$0.122
45-49	$0.172
50-54	$0.252
55-59	$0.452
60-64	$0.568
65-69	$0.811
70-74	$2.082

Seguro voluntario de vida y por AD&D para hijos

Lista	Monto fijo de $10,000
Monto de emisión garantizado del seguro de vida	$10,000
Requisito de elección del seguro de vida voluntario para el empleado	Sí
	por cada $1,000
Tarifa del seguro de vida para hijos	$0.051

Costo de los beneficios (continuación)

Beneficio voluntario por accidente

Beneficio	MetLife	
	Plan Low	Plan High
Lesiones		
Fracturas	De $50 a $3,000	De $100 a $6,000
Dislocaciones	De $50 a $3,000	De $100 a $6,000
Quemaduras de segundo y tercer grado	De $50 a $5,000	De $100 a $10,000
Servicios y tratamientos médicos		
Servicios de ambulancia	De $200 a $750	De $300 a $1,000
Atención de emergencia	De $25 a $50	De $50 a $100
Cirugía	De $100 a $1,000	De $200 a $2,000
Hospitalización (accidente)		
Admisión	De $500 a $1,000 por accidente	De $1,000 a $2,000 por accidente
Internación	$100 por día, hasta 31 días $200 por día (ICU), hasta 31 días	$200 por día, hasta 31 días $400 por día (ICU), hasta 31 días
Muerte accidental		
Empleado	$25,000 $75,000 por transportista	$50,000 $150,000 por transportista
Cónyuge	El 50 % del beneficio del empleado	El 50 % del beneficio del empleado
Hijo(s)	El 20 % del beneficio del empleado	El 20 % del beneficio del empleado

Beneficio	MetLife	
	Plan Low	Plan High
Desmembramiento, pérdida y parálisis		
Desmembramiento, pérdida y parálisis	De $250 a $10,000 por lesión	De $500 a $50,000 por lesión
Otros beneficios		
Alojamiento	$100 por noche, hasta 31 noches por año calendario	$200 por noche, hasta 31 noches por año calendario
Beneficio de bienestar: pruebas de detección	$75 (se paga una vez por año calendario)	$75 (se paga una vez por año calendario)
Tarifas mensuales	**Plan Low**	**Plan High**
Empleado solamente	$7.46	$11.78
Empleado + cónyuge	$14.28	$22.44
Empleado + hijos	$15.64	$24.48
Empleado + familia	$19.58	$30.65

Costo de los beneficios (continuación)

Seguro por enfermedades graves

MetLife									
Prima mensual por cada $1,000 de cobertura (no fumadores)					Prima mensual por cada $1,000 de cobertura (fumadores)				
Edad	Empleado solamente	Empleado + cónyuge	Empleado + hijos	Empleado + familia	Edad	Empleado solamente	Empleado + cónyuge	Empleado + hijos	Empleado + familia
Menor de 25	$0.54	$0.85	$0.73	$1.04	Menor de 25	$0.82	$1.27	$1.01	$1.46
25-29	$0.54	$0.85	$0.74	$1.05	25-29	$0.82	$1.27	$1.02	$1.47
30-34	$0.77	$1.19	$0.96	$1.38	30-34	$1.20	$1.84	$1.40	$2.04
35-39	$1.08	$1.66	$1.27	$1.85	35-39	$1.72	$2.62	$1.92	$2.82
40-44	$1.66	$2.53	$1.86	$2.74	40-44	$2.72	$4.12	$2.91	$4.31
45-49	$2.33	$3.54	$2.53	$3.73	45-49	$3.86	$5.83	$4.06	$6.03
50-54	$3.10	$4.68	$3.29	$4.88	50-54	$5.17	$7.79	$5.36	$7.98
55-59	$3.90	$5.89	$4.10	$6.08	55-59	$6.57	$9.89	$6.76	$10.08
60-64	$4.62	$6.97	$4.82	$7.17	60-64	$7.82	$11.77	$8.01	$11.96
65-69	$4.06	$7.63	$5.25	$7.82	65-69	$8.60	$12.93	$8.79	$13.13
70-74	$5.86	$8.83	$6.06	$9.03	70-74	$10.01	$15.06	$10.21	$15.25
75-79	$5.86	$8.83	$6.06	$9.03	75-79	$10.01	$15.06	$10.21	$15.25
80-84	$5.86	$8.83	$6.06	$9.03	80-84	$10.01	$15.06	$10.21	$15.25
Mayor de 85	$5.86	$8.83	$6.06	$9.03	Mayor de 85	$10.01	$15.06	$10.21	$15.25

Costo de los beneficios (continuación)

Seguro de indemnización por hospitalización

Beneficio	MetLife	
	Plan Low	Plan High
Hospitalización (accidente)		
Admisión	$500 por accidente (sin admisión a la ICU) $1,000 por accidente (ICU)	$1,000 por accidente (sin admisión a la ICU) $2,000 por accidente (ICU)
Internación	$100 por día (sin admisión a la ICU), hasta 31 días $200 por día (ICU), hasta 31 días	$200 por día (sin admisión a la ICU), hasta 31 días $400 por día (ICU), hasta 31 días
Hospitalización (enfermedad)		
Admisión **Se paga una vez por año calendario**	$500 (sin admisión a la ICU) $1,000 (ICU)	$1,000 (sin admisión a la ICU) $2,000 (ICU)
Internación **Pago por enfermedad**	$100 por día (sin admisión a la ICU), hasta 31 días $200 por día (ICU), hasta 31 días	$200 por día (sin admisión a la ICU), hasta 31 días $400 por día (ICU), hasta 31 días
Limitación por enfermedad preexistente	Sí	Sí
Otros beneficios		
Pruebas de detección (bienestar) **Se proporciona el beneficio si el asegurado se realiza una de las pruebas de detección o prevención cubiertas**	$50 Se paga una vez por año calendario	$50 Se paga una vez por año calendario
Tarifas mensuales	**Plan Low**	**Plan High**
Empleado solamente	$14.68	$26.82
Empleado + cónyuge	$29.16	$53.24
Empleado + hijos	$23.97	$43.55
Empleado + familia	$38.45	$69.98

Contribuciones para cubrir a la pareja doméstica: Las contribuciones destinadas a cubrir a la pareja doméstica son iguales a las que cubren a los cónyuges legales. Sin embargo, debido a restricciones del Código de Impuestos Internos, en la mayoría de los casos, el valor justo de mercado de la cobertura de atención de salud para su pareja doméstica o los hijos de esta (si no son dependientes a los fines del impuesto federal) estará sujeto a impuestos para usted como ingreso imputado. Este valor es determinado por el monto que la compañía paga en primas para la cobertura de su pareja doméstica. Este monto aumenta sus ingresos brutos sujetos a impuestos. Además, las deducciones de nómina destinadas a cubrir a la pareja doméstica deben realizarse después de impuestos.

Información de contacto

Cobertura	Compañía de seguros	N.º de teléfono	Sitio web o correo electrónico
Cobertura médica	Kaiser	(833) 574-2273	www.kp.org
	Blue Shield of California	Trio: (855) 829-3566; HMO o PPO: (888) 256-1915	www.blueshieldca.com
Beneficios voluntarios	MetLife	(800) 438-6388	https://online.metlife.com/edge/web/public/benefits/signOut
Cobertura dental	Delta Dental	HMO: (800) 422-4234; PPO: (800) 932-0783	www.deltadentalins.com
Cobertura de la visión	EyeMed	(866) 939-3633	www.eyemed.com
Cuentas de gastos flexibles (FSA)	PrimePay	(877) 972-6272	https://services.primepay.com/
Seguro de vida y por AD&D	The Standard	(800) 628-8600	www.standard.com\mytoolkit
Seguro por incapacidad	The Standard	(800) 368-1135	https://www.standard.com/
Programa de Asistencia al Empleado (EAP)	Health Advocate	(888) 293-6948	healthadvocate.com/standard3

Sitio web sobre los beneficios

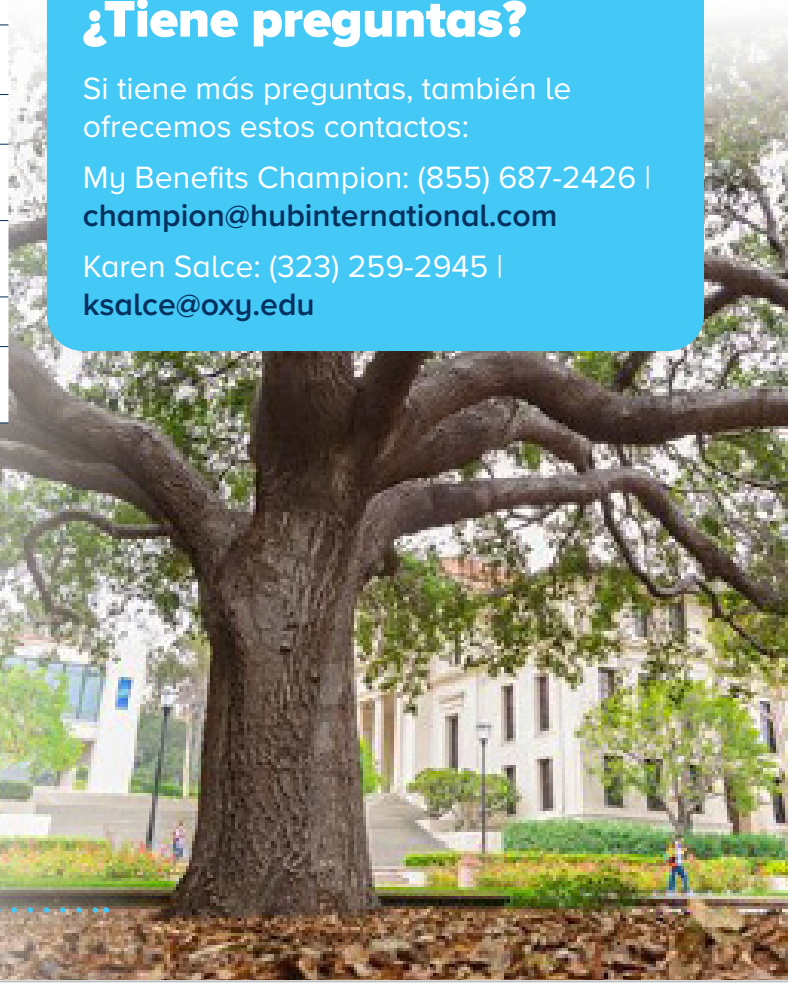
Para obtener más información sobre todos los programas de beneficios y descuentos de Oxy, visite nuestro sitio web: **OXY.gobenefits.net**.

¿Tiene preguntas?

Si tiene más preguntas, también le ofrecemos estos contactos:

My Benefits Champion: (855) 687-2426 | **champion@hubinternational.com**

Karen Salce: (323) 259-2945 | **ksalce@oxy.edu**



Avisos anuales

Haga clic aquí para consultar los avisos anuales.

Resúmenes de beneficios

Haga clic aquí para ver los resúmenes de beneficios.

Resúmenes de beneficios y cobertura (SBC)

Haga clic aquí para ver su *Resumen de beneficios y cobertura* (*SBC*).

LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD: El material incluido en esta guía de beneficios tiene únicamente fines informativos; no representa una oferta de cobertura ni asesoramiento médico o legal. Solo contiene una descripción parcial de los beneficios del programa o del plan y no constituye un contrato. Para obtener información detallada del plan, consulte la *Descripción resumida del plan* (*SPD*). En caso de discrepancias entre los documentos del plan y esta información, siempre prevalecerán los documentos del plan. **Avisos anuales:** La Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación para Empleados (ERISA) y otras leyes estatales y federales exigen a los empleadores que ofrezcan avisos anuales y divulgaciones a los participantes de su plan. La compañía distribuirá todos los avisos requeridos anualmente.