

Teamsters 911

2022

Guía electrónica de beneficios

Salud • Finanzas • Trabajo y vida personal



Bienvenido

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 pueda tener acerca de sus beneficios. Léala detenidamente junto con cualquier material complementario que reciba.

Requisitos de cobertura

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 seleccione 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

- Para empleados nuevos: Debe completar el proceso de inscripción dentro de los 31 días posteriores a la fecha de contratación. Si se inscribe dentro de los plazos establecidos, la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación.
- Si no se inscribe dentro de los plazos establecidos,
 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 2022.

¡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 de su cónyuge o pareja doméstica.
- Acceso a cobertura estatal a través de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP).

Cómo hacer 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 a tiempo, 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 presentará al IRS de manera segura y se respetará su confidencialidad.

En este folleto

Cobertura médica
Beneficios voluntarios
Cobertura dental
Cobertura de la visión
Cuentas de gastos flexibles
Seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento
Seguro por incapacidad
Programa de Asistencia al
Empleado

Beneficios adicionales valiosos 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.

CONTENIDO 2/13

Cobertura médica

Nos enorgullece ofrecerle distintas opciones de planes médicos con cobertura de atención médica integral y de medicamentos con receta. Con estos planes, también se ofrecen diversos recursos y herramientas que le permiten 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.

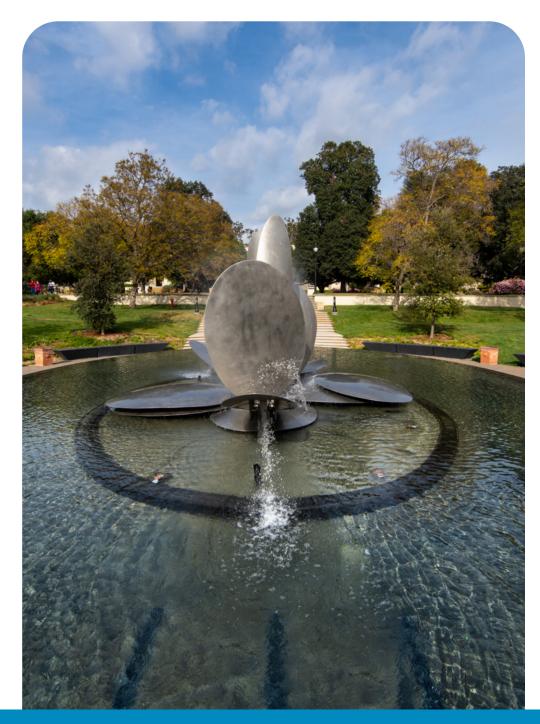
Plan TRIO HMO y Access+ HMO de Blue Shield of California

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, tiene la libertad de 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 (un copago) para determinados servicios.
- Una vez que alcanza el deducible, usted paga un porcentaje de determinados gastos de atención de salud (un 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.



CONTENIDO 3 / 13

Cobertura médica (continuación)

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

	Kaiser	Blue Shield of California					
Principales beneficios médicos	Traditional HMO \$10	Trio HMO	Access+ HMO	Red de PP	O completa		
	Solo dentro de la red	Solo dentro de la red	Solo dentro de la red	Dentro de la red	Fuera de la red¹		
Deducible (por año calendario)							
Individual/familiar	Ninguno/ninguno	Ninguno/ninguno	Ninguno/ninguno	\$250/\$750	\$250/\$750		
Desembolso máximo (por año c	alendario)						
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/\$10	30 %*		
Visitas virtuales	Copago de \$10	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 \$25²	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	Copago de \$250 ⁶	Copago de \$250 ⁶	10 %*6	30 %*3,6		
Cirugía ambulatoria	Copago de \$10	Sin cargo	Sin cargo	5 %*	30 %*4		
Medicamentos con receta	(Genéricos/de marca)	(Nivel 1/nivel 2/nivel 4)					
Farmacia minorista (suministro para 30 días)	\$10/\$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		
Órdenes 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 este cuadro representan lo que el miembro debe 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.

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

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 mayor ventaja? Los beneficios de estos planes se le pagan directamente a usted. La cobertura también está disponible para su cónyuge y sus dependientes.

Puede inscribirse en estos planes durante el período de 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 \$7,000¹? 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 días². 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.



Estudio del impacto de accidentes y enfermedades graves de MetLife, octubre de 2013.

 "Overview of U.S. Hospital Stays in 2016: Variation by Geographic Region". 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.

CONTENIDO 5 / 13

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 se cobran cargos para la mayoría de los servicios preventivos; no se requieren formularios de reclamo ni 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, se brinda 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 red¹			
Deducible (por año calendo	ario)					
Individual/familiar	Ninguno/ninguno	\$50/\$150	\$50/\$150			
Beneficio máximo (por año calendario; servicios preventivos, básicos y de mayor complejidad combinados)						
Por persona	Ninguno	\$2,000	\$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/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 este cuadro representan lo que el miembro debe pagar.

Cobertura de la visión

Nos enorgullece ofrecerle un plan de la visión.

Con el plan de la visión de EyeMed, tiene 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, se brinda 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)		
Monofocales		Hasta \$30
Bifocales	Sin cargo después del copago por materiales	Hasta \$50
Trifocales	copago por materiates	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



CONTENIDO 6 / 13

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

Si recibe servicios de un proveedor fuera de la red, deberá pagar cualquier cargo que supere el monto máximo permitido.

Cuentas de gastos flexibles

Le ofrecemos la oportunidad de participar en nuestras cuentas de gastos flexibles (FSA), que están administradas a través de Cetera. 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 gravada, usted paga menos en impuestos federales sobre el ingreso, Seguro Social y Medicare.

FSA para atención de salud

En 2022, usted podrá contribuir hasta \$2,850 para cubrir gastos autorizados de atención de salud para usted, su cónyuge y sus hijos hasta los 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.
- Materiales, exámenes de la vista y cirugía Lasik.

FSA para cuidado de dependientes

En 2022, usted podrá contribuir hasta \$5,000 (por familia) para cubrir gastos autorizados de cuidado de dependientes (\$2,500 si usted y su cónyuge presentan las declaraciones de impuestos por separado). Estos son algunos ejemplos de gastos autorizados:

- Cuidado de un hijo dependiente menor de 13 años de edad a cargo de niñeras, guarderías, escuelas preescolares o centros de cuidado diurno.
- Cuidado de un familiar 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, estas 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 le devolverán ni se transferirán al año siguiente.

Puede tener gastos hasta el 15 de marzo de 2023 y debe presentar los reclamos antes del 30 de abril de 2023.

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

Si cuenta con una cobertura de seguro no proporcionada por su empleador, es posible que cumpla los requisitos para obtener una cuenta individual de reembolso de primas. El programa le permitirá utilizar dinero antes de impuestos para pagar pólizas de seguro no proporcionadas por su empleador o el de su cónyuge de cobertura dental, de la visión, de vida o por incapacidad, adquiridas de manera individual para usted, su cónyuge o sus dependientes que reúnan los requisitos. Se trata de una cuenta de reembolso, por lo que debe pagar las pólizas por adelantado y luego presentar la documentación a Cetera para obtener el reembolso. Luego de hacer una elección anual en su cuenta de gastos de primas, no podrá cambiar el monto elegido durante el resto del año del plan, a menos que pase por un hecho de vida calificador.

Seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento

El seguro de vida les brinda a sus beneficiarios designados un beneficio en caso de que usted fallezca.

El seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) le brinda beneficios específicos en caso de que sufra 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 muera debido a un accidente cubierto, se pagará un beneficio correspondiente al seguro de vida y al seguro por AD&D.

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

Este beneficio se ofrece <u>SIN COSTO</u> a través de Hartford.

Monto del beneficio

El monto de su salario básico anual más \$5,000

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 Hartford para usted y sus familiares elegibles.

	Opciones de beneficios	Emisión garantizada¹
Empleado	Incrementos de \$10,000, hasta 5 veces sus ingresos o \$500,000	\$180,000
Cónyuge o pareja doméstica	Incrementos de \$10,000; hasta \$300,000, sin superar el 100 % del monto aprobado de la cobertura del empleado	\$40,000
Hijos	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

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 que requieren EOI recién entran en vigor cuando los aprueba la compañía de seguros.

CONTENIDO 7 / 13

Seguro por incapacidad

El seguro por incapacidad le brinda 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 C	COSTO a través de Hartford.				
Porcentaje del beneficio 60 %					
Beneficio máximo mensual	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 Socio					

Programa de Asistencia al Empleado

La vida está llena de desafíos y, a veces, es difícil lograr un equilibrio. Nos enorgullece ofrecer un programa confidencial dedicado a respaldar la salud emocional y el bienestar de nuestros empleados y sus familias. El Programa de Asistencia al Empleado (EAP) se ofrece <u>SIN COSTO</u> a través de ComPsych.

Estos son algunos asuntos con los que el EAP puede ser de ayuda:

- 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 sesiones presenciales con un asesor por problema, por año y por persona.
- Acceso ilimitado a un número gratuito y recursos en línea.

Beneficios adicionales valiosos

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.



CONTENIDO 8 / 13

Costo de los beneficios

Del 1.° de enero al 31 de diciembre de 2022

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

Seguro de vida voluntario

Seguro de vida votantario					
Lista	Incrementos de \$10,000, hasta un máximo de cinco veces su salario o \$500,000, el monto que sea menor				
Monto de emisión garantizado del seguro de vida	Lesser of 3 Times Earnings or \$180,000				
Tarifa del seguro de vida según la edad	por cada \$1,000				
0-25	\$0.050				
25-29	\$0.060				
30-34	\$0.080				
35-39	\$0.090				
40-44	\$0.100				
45-49	\$0.150				
50-54	\$0.230				
55-59	\$0.430				
60-64	\$0.546				
65-69	\$0.789				
70-74	\$2.060				
75+	\$2.060				
AD&D Rate (per \$1,000)	\$0.019				

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

Lista	Incrementos de \$10,000; mínimo de \$10,000 has- ta un máximo de \$300,000, que no exceda 100 % del monto elegido y aprobado por el empleado		
Monto de emisión garantizado del seguro de vida	\$40,000		
Tarifa del seguro de vida según la edad	por cada \$1,000		
0-25	\$0.050		
25-29	\$0.060		
30-34	\$0.080		
35-39	\$0.090		
40-44	\$0.100		
45-49	\$0.150		
50-54	\$0.230		
55-59	\$0.430		
60-64	\$0.622		
65-69	\$0.897		
70-74	\$2.060		
75 +	\$2.060		
AD&D Rate (per \$1,000)	\$0.019		

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.

CONTENIDO 9 / 13

Costo de los beneficios (continuación)

Seguro voluntario de vida y por AD&D para hijos

Lista	1 Día a 26 Años : Incrementos de \$2,500 a \$10,000, sin superar el 100 % del monto del empleado
Monto de emisión garantizado del seguro de vida	\$10,000
	por cada \$1,000
Tarifa del seguro de vida para hijos	\$0.029
	per \$1,000
Child AD&D Rate Child Life Rate	\$0.022

Beneficio voluntario por accidente

Beneficio	MetLife				
Бепетісіо	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 \$20 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			

Beneficio	MetLife				
Бепетісіо	Plan Low	Plan High			
Cónyuge	El 50 % del beneficio del empleado	El 50 % del beneficio del empleado			
Hijos	El 20 % del beneficio del empleado	El 20 % del beneficio del empleado			
Desmembramiento, pérdida y parális	is				
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			

CONTENIDO 10 / 13

Costo de los beneficios (continuación)

Seguro por enfermedades graves

	MetLife 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
De 25 a 29	\$0.54	\$0.85	\$0.74	\$1.05	De 25 a 29	\$0.82	\$1.27	\$1.02	\$1.47
De 30 a 34	\$0.77	\$1.19	\$0.96	\$1.38	De 30 a 34	\$1.20	\$1.84	\$1.40	\$2.04
De 35 a 39	\$1.08	\$1.66	\$1.27	\$1.85	De 35 a 39	\$1.72	\$2.62	\$1.92	\$2.82
De 40 a 44	\$1.66	\$2.53	\$1.86	\$2.74	De 40 a 44	\$2.72	\$4.12	\$2.91	\$4.31
De 45 a 49	\$2.33	\$3.54	\$2.53	\$3.73	De 45 a 49	\$3.86	\$5.83	\$4.06	\$6.03
De 50 a 54	\$3.10	\$4.68	\$3.29	\$4.88	De 50 a 54	\$5.17	\$7.79	\$5.36	\$7.98
De 55 a 59	\$3.90	\$5.89	\$4.10	\$6.08	De 55 a 59	\$6.57	\$9.89	\$6.76	\$10.08
De 60 a 64	\$4.62	\$6.97	\$4.82	\$7.17	De 60 a 64	\$7.82	\$11.77	\$8.01	\$11.96
De 65 a 69	\$4.06	\$7.63	\$5.25	\$7.82	De 65 a 69	\$8.60	\$12.93	\$8.79	\$13.13
De 70 a 74	\$5.86	\$8.83	\$6.06	\$9.03	De 70 a 74	\$10.01	\$15.06	\$10.21	\$15.25
De 75 a 79	\$5.86	\$8.83	\$6.06	\$9.03	De 75 a 79	\$10.01	\$15.06	\$10.21	\$15.25
De 80 a 84	\$5.86	\$8.83	\$6.06	\$9.03	De 80 a 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

11 / 13

Costo de los beneficios (continuación)

Indemnización por hospitalización

D. C.	MetLife			
Beneficio	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		
Limitaciones preexistentes	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		
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	\$14.68	\$26.82		
Empleado + cónyuge	\$29.16	\$53.24		
Empleado + hijos	\$23.97	\$43.55		
Empleado + familia	\$38.45	\$69.98		

Contribuciones de su 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.

CONTENIDO 12 / 13

Información de contacto

Cobertura	Compañía de seguros	N.° 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)	Cetera	(888) 926-0600, ext. 58308	michelle.vargo@cetera.com
Seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento	Hartford	(800) 523-2233	www.account.thehartford.com
Seguro por incapacidad	Hartford	(800) 523-2233	www.account.thehartford.com
Programa de Asistencia al Empleado (EAP)	Ability Assist de Compsych	(800) 96-HELPS	www.guidanceresources.com

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 otras dudas, también le ofrecemos estos contactos:

Health Champion Services, (800) 964-3577, opción 1

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

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. Notificaciones anuales: La Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación para Empleados (ERISA) y otras leyes estatales y federales exigen a los empleadores que ofrezcan notificaciones anuales y divulgaciones a los participantes de su plan. La compañía distribuirá todas las notificaciones requeridas anualmente.



CONTENIDO 13 / 13