

La elección es suya.



2022 -
2023



Guía para la toma
de decisiones
sobre beneficios



BENEFICIOS PARA UNA VIDA SALUDABLE
Sus opciones de beneficios para 2022 - 2023



BIENVENIDO A SU INSCRIPCIÓN PARA BENEFICIOS

Reconocemos la importancia que tienen los beneficios para usted. Por eso nos comprometemos a ayudarlo a usted y a su familia a disfrutar del máximo bienestar físico, económico y emocional posible. Esa es la razón por la que también le ofrecemos un paquete de beneficios integral y altamente competitivo, con la flexibilidad de tomar las decisiones que mejor se adapten a sus necesidades.

Utilice esta guía para comprender mejor sus opciones de beneficios en 2022 - 2023. Luego, asegúrese de tomar sus decisiones antes de los plazos de inscripción para recibir cobertura para el próximo año.



Dentro de esta guía

SALUD	3
Médico	3
Un análisis más detallado del HDHP	5
Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	6
Dental	7
Visión	7
Enfoque en el bienestar	8
APOYO FINANCIERO	9
Seguros de vida y de accidentes.....	9
Seguro de accidentes	10
Seguro por enfermedad grave.....	10
INSCRIPCIÓN	11
Cómo inscribirse.....	11
Contactos.....	12

Recordatorios importantes

- **Empleados nuevos:** Si usted es un empleado por hora, será elegible para los beneficios a partir del primer día del mes siguiente a los 60 días trabajados; si es un empleado asalariado, será elegible a partir del primer día del mes siguiente a la fecha de su contratación.
- **Después de que finalice su oportunidad de inscripción, usted no podrá realizar cambios en sus beneficios** hasta la próxima Inscripción abierta, a menos que experimente un evento de vida que califique, como por ejemplo, matrimonio, divorcio, nacimiento, adopción o un cambio en su estado laboral o el de su cónyuge que afecte su elegibilidad para los beneficios.

¿Quiénes pueden inscribirse?

- **Los empleados a tiempo completo (+30 h/semana)** – deben seleccionar los beneficios dentro de los 60 días posteriores a la fecha de contratación. Incluye al cónyuge o pareja doméstica del empleado e hijos hasta los 26 años de edad, además de los hijos dependientes discapacitados de cualquier edad que cumplan con los criterios del plan.



Resumen de los beneficios y la cobertura

La sección Salud en esta guía proporciona una descripción general de sus opciones de planes médicos. Puede encontrar información detallada sobre cada plan, incluido un desglose de costos, en el Resumen de beneficios y cobertura (SBC) de cada plan. Los SBC resumen información importante sobre sus opciones de cobertura de salud en un formato estándar para ayudarlo a comparar costos y características entre los planes. Los SBC están disponibles en el [Portal del empleado](#). Una copia impresa también estará disponible llamando al **1-817-573-3079 ext: 1117**.

SALUD

La cobertura de salud de calidad es uno de los beneficios más valiosos de los que puede disfrutar usted como empleado de CCI. Nuestro programa de beneficios ofrece planes para ayudarlo a usted y a su familia a mantenerse saludables y brindarles protección importante en caso de enfermedad o lesión.

¿Cuál es el plan adecuado para usted?

Médico

Para 2022-2023, usted puede elegir planes médicos que le ofrecen flexibilidad para escoger la mejor opción según sus necesidades y presupuesto.

- **CCI HDHP** es un plan médico orientado al consumidor que le permite a usted decidir sobre sus gastos por medio de contribuciones más bajas de su sueldo, deducibles más altos y una Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) libre de impuestos.
- **CCI Base PPO** es un plan de organización de proveedores preferidos que reduce su responsabilidad de desembolsos directos cuando usted necesita atención médica, pero requiere contribuciones más elevadas de su sueldo.
- **CCI Core PPO** es un plan de organización de proveedores preferidos con el deducible más bajo, que le proporciona la mayor protección contra los desembolsos directos cuando usted necesita atención médica, pero con los costos más elevados a pagar de su sueldo.

Principales características

Todos los planes médicos de CCI ofrecen:

- Cobertura completa y asequible para una amplia gama de servicios de atención médica.
- Flexibilidad para ver a cualquier proveedor que desee, aunque ahorrará dinero cuando permanezca dentro de la red.
- Atención preventiva gratuita dentro de la red, con servicios como exámenes médicos anuales, vacunas recomendadas, exámenes para mujeres y niños sanos, vacunas contra la gripe y exámenes de rutina para la detección del cáncer, cubiertos al 100 %
- Cobertura de medicamentos con receta, incluida en cada plan médico.
- Protección financiera a través de máximos anuales de desembolso directo que limitan la cantidad que pagará cada año.
- Opciones de niveles de cobertura: Solo empleado, Empleado + Cónyuge/Pareja de hecho, Empleado + Hijo(s) o Familia.

Considere qué características del plan son más importantes para usted. ¿Quiere lo siguiente?:	HDHP	Base PPO	Core PPO
¿Abrir y contribuir a una HSA libre de impuestos, que no tiene la regla de "usarla o perderla" y ofrece la oportunidad de invertir dinero para costos médicos futuros?	•		
¿Pagar el costo de prima más bajo, lo que puede hacer que sea la opción menos costosa si espera tener un bajo uso de atención médica?	•		
¿Equilibrar sus costos de desembolso directo y de cheque de sueldo con un deducible y un costo de la prima moderados?		•	
¿Pagar la prima más alta para mantener sus costos de desembolso directo lo más bajos posible cuando necesite atención?			•

Costos del plan médico

Usted y CCI comparten el costo de sus beneficios médicos; CCI paga una parte importante del costo total y usted paga el resto, que se deduce de su sueldo. El costo específico de lo que usted paga se basa en el plan y el nivel de cobertura seleccionados.



Deducciones de sueldo durante 2022-2023 por período de pago

Nivel de cobertura	HDHP	Base PPO	Core PPO
Solo el empleado	\$0.00	\$20.08	\$31.38
Empleado + Cónyuge	\$115.38	\$170.77	\$195.23
Empleado + Hijo(s)	\$69.23	\$105.69	\$126.69
Empleado + Familia	\$173.08	\$275.08	\$311.08

Deducciones de sueldo durante 2022-2023 por período de pago

Nivel de cobertura	HDHP	Base PPO	Core PPO
Solo el empleado	\$0.00	\$43.50	\$68.00
Empleado + Cónyuge	\$250.00	\$370.00	\$423.00
Empleado + Hijo(s)	\$150.00	\$229.00	\$274.50
Empleado + Familia	\$375.00	\$596.00	\$674.00



Comparar planes médicos

La siguiente tabla ofrece una comparación de las características principales de la cobertura y los costos.

	HDHP		Base PPO		Core PPO	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual						
Por persona / Por familia	\$4,000 / \$8,000	\$8,000 / \$16,000	\$4,000 / \$12,000	\$10,000 / \$20,000	\$1,000 / \$3,000	\$2,000 / \$6,000
Máximo de desembolso directo						
Por persona / Por familia	\$4,000 / \$8,000	Ilimitado	\$8,150 / \$16,300	Ilimitado	\$4,000 / \$12,000	Ilimitado
Cobertura médica						
Visitas al consultorio del médico	0 % después del deducible	30 % después del deducible	Copago de \$35	50 % después del deducible	Copago de \$30	40 % después del deducible
Atención preventiva	Cubierto 100 %	30 % después del deducible	Cubierto 100 %	50 % después del deducible	Cubierto 100 %	40 % después del deducible
Visitas a especialistas	0 % después del deducible	30 % después del deducible	Copago de \$70	50 % después del deducible	Copago de \$60	40 % después del deducible
Telemedicina	Copago de \$44	No se cubren.	Copago de \$35	No se cubren.	Copago de \$30	No se cubren.
Cirugía ambulatoria	0 % después del deducible	30 % después del deducible	30 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	40 % después del deducible
Hospitalización (por estancia)	0 % después del deducible	30 % después del deducible	30 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	40 % después del deducible
Atención de urgencia	0 % después del deducible	30 % después del deducible	Copago de \$75	50 % después del deducible	Copago de \$75	40 % después del deducible
Sala de emergencias	0 % después del deducible		Copago de \$500 + 30 % de coseguro		Copago de \$500 + 20 % de coseguro	
Análisis de laboratorio y radiografías	0 % después del deducible	30 % después del deducible	Cubierto 100 %	50 % después del deducible	Cubierto 100 %	40 % después del deducible
Medicamentos con receta de venta minorista (suministro para 30 días)						
Genérico	\$0 después del deducible	30 % después del deducible + 50 %	Copago de \$0 a \$20	Copago de \$10 a \$20 + 50 %	Copago de \$0 a \$30	Copago de \$10 a \$20 + 50 %
Formulario de marca	\$0 después del deducible	30 % después del deducible + 50 %	Copago de \$50 a \$70	Copago de \$70 + 50 %	Copago de \$50 a \$70	Copago de \$70 + 50 %
Fuera del formulario	\$80 después del deducible	30 % después del deducible + 50 %	Copago de \$80	50 % después del deducible	Copago de \$80	50 % después del deducible
Medicamentos con receta de venta por correo (suministro para 90 días)						
Genérico	\$0 después del deducible	No se cubren.	Copago de \$0 a \$30	No se cubren.	Copago de \$0 a \$30	No se cubren.
Formulario de marca	\$0 después del deducible	No se cubren.	Copago de \$150	No se cubren.	Copago de \$150	No se cubren.
Fuera del formulario	\$0 después del deducible	No se cubren.	Copago de \$300	No se cubren.	Copago de \$300	No se cubren.

**Los medicamentos de especialidad requieren de desembolsos directos más altos. Para los planes Base y Core, los medicamentos de especialidad requieren de un copago de \$150 y los de especialidad no preferidos requieren un copago de \$250. Los medicamentos de especialidad obtenidos de una farmacia fuera de la red requieren de un cargo adicional de coseguro del 50 %.

Consejos para ahorrar dinero

Para hacer rendir el dinero que usted destina a la atención médica, recuerde:

- **Consultar proveedores dentro de la red** que hayan acordado aceptar tarifas negociadas más bajas. Visite el sitio web de su plan para buscar proveedores dentro de la red cerca de usted.
- **Usar la farmacia de pedidos por correo** para ahorrar tiempo y dinero al renovar las recetas a largo plazo.





Un análisis más detallado del HDHP

El plan médico de deducible alto (HDHP) descuenta menos de su sueldo, por lo que se queda con más dinero. Esto lo recompensa por su participación activa como consumidor de atención médica, y como resultado podría ahorrarle en los costos para el cuidado de su salud.

Ventajas del HDHP

1. Menores costos de su cheque de sueldo

Sus costos por cheque de sueldo son más bajos en comparación con otros planes de salud de CCI, lo que le da la oportunidad de destinar esos ahorros a una Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) libre de impuestos (impuestos federales). Usted paga sus costos médicos iniciales hasta que cumpla con su deducible anual, y luego paga un porcentaje de cualquier costo adicional hasta que alcance el máximo anual de desembolso directo.

2. Cuenta de ahorros con ventajas fiscales

Para ayudarlo a pagar su deducible y otros gastos de desembolso directo, el HDHP le permite abrir una Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) y hacer aportaciones libres de impuestos directamente de su sueldo. CCI también contribuirá los siguientes montos para 2022-2023 a su HSA para ayudar a cubrir su deducible anual:

- \$41.67/mes \$500/año de cobertura solo para el empleado.
- \$83.33/mes \$1,000/año si cubre dependientes.

Todos los retiros de su HSA están libres de impuestos, siempre que utilice el dinero para pagar los gastos de atención médica elegibles. Además, todo el dinero de la cuenta es suyo y nunca lo perderá. Se renueva de un año a otro y puede llevarlo con usted si deja la empresa o se jubila. Después de los 65 años, puede retirar fondos por cualquier motivo sin una penalidad fiscal; solo paga el impuesto sobre la renta ordinario si el retiro no es para gastos de atención médica elegibles.

3. Atención preventiva gratuita dentro de la red

Al igual que en todos los planes médicos de CCI, la atención preventiva está totalmente cubierta por el HDHP; usted no paga nada por deducible ni copagos, siempre y cuando reciba atención de proveedores dentro de la red. La atención preventiva incluye exámenes físicos anuales, exámenes para mujeres y niños sanos, vacunas, vacunas contra la gripe y exámenes de detección del cáncer.

4. Amplia red de proveedores

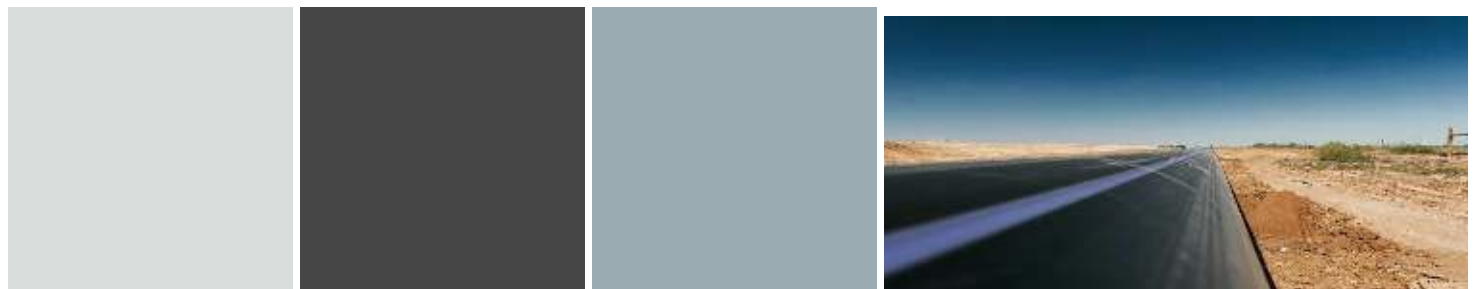
El HDHP utiliza la amplia red de médicos y otros proveedores de salud de Blue Cross Blue Shield de Texas.

Uso del HDHP

1 Atención preventiva gratuita	No paga nada por la atención preventiva dentro de la red.
2 Deducible	Usted paga el 100% de sus gastos médicos hasta que alcanza el monto del deducible anual. Utilice su HSA para planificar con anticipación estos gastos.
3 Coseguro	Usted y el plan comparten los costos una vez que usted alcanza su deducible, hasta que llega al máximo de desembolso directo.
4 Máximo de desembolso directo	Usted está protegido por un límite anual de gastos. El plan comienza a pagar el 100% una vez que haya pagado esta cantidad durante el año.

Consejo para ahorrar dinero

Si se inscribe en el HDHP, deposite en su HSA libre de impuestos, el dinero que ahorra por las deducciones menores de su salario para que tenga efectivo disponible cuando necesite incurrir en costos de desembolso directo.



Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) administrada por VIVE

Si se inscribe en el HDHP, es elegible para abrir una HSA. Una HSA es una cuenta de ahorros libre de impuestos que se puede utilizar para pagar gastos de salud elegibles en cualquier momento, incluso durante la jubilación.



¿Cómo funciona una HSA?

- **Aparte ahorros libres de impuestos para atención médica.** Puede hacer deducciones antes de impuestos de su cheque de sueldo en su HSA, lo que le permite ahorrar dinero mediante el uso de dólares libres de impuestos para pagar los gastos elegibles de servicios médicos, de medicamentos con receta, dentales y de visión. El IRS limita la cantidad total que se puede aportar a su HSA cada año. Los siguientes límites para el 2022 incluyen cualquier contribución de la empresa que reciba de CCI:
 - Hasta \$3,650* de cobertura para el empleado solo.
 - Hasta \$7,300* si cubre dependientes.
 - Agregue \$1,000 a estos límites si tiene 55 años o más.
- **Recibe aportaciones de la Compañía.** Para el 2022-2023, CCI hará las siguientes contribuciones a su cuenta:
 - \$500/año de cobertura para el empleado solo.
 - \$1,000 al año si usted cubre dependientes.
- **Conserve su dinero.** A diferencia de una FSA, el dinero en su HSA siempre podrá conservarlo y se puede transferir de un año a otro. Cuando usted se jubile o deje de trabajar para CCI, podrá llevarse consigo el saldo no utilizado de su cuenta.
- **Use esta cuenta como una cuenta bancaria.** Pague los gastos elegibles, como medicamentos con receta y servicios médicos, dentales y de visión para usted y su familia usando su tarjeta de débito de la HSA o reembolse usted mismo los pagos que haya realizado (hasta el saldo disponible en su cuenta). Tenga en cuenta que solo puede acceder al dinero que se encuentra realmente en su HSA cuando realiza una compra o un retiro. No es necesario entregar los recibos (pero guárdelos para sus registros).

- **Gane intereses e invierta para el futuro.** Una vez que su HSA que genera intereses alcanza un saldo mínimo, usted puede invertir en diversos fondos mutuos sin carga, de manera similar a las inversiones del 401(k).
- **Nunca pague impuestos.** Las aportaciones se realizan antes de impuestos y sus retiros nunca están sujetos a impuestos federales sobre la renta cuando se utilizan para gastos elegibles. Cualquier interés o ganancia en el saldo de su HSA también se genera libre de impuestos.*

**El dinero en una HSA crece libre de impuestos y puede retirarse libre de impuestos si se utiliza para pagar gastos de atención médica calificados, (para obtener una lista de los gastos elegibles, consulte la Publicación 502 del IRS, disponible en www.irs.gov). Si el dinero se utiliza para gastos no elegibles, pagará el impuesto sobre la renta ordinario sobre el monto retirado más un impuesto de penalización del 20% si retira el dinero para gastos no elegibles antes de los 65 años de edad. Después de los 65 años, los retiros por gastos no elegibles solo están sujetos al impuesto sobre la renta ordinario. Revise las regulaciones de su estado, ya que es posible que tenga que pagar impuestos estatales dependiendo de su lugar de residencia.*

Elegibilidad para la HSA

Para establecer y aportar a una HSA, usted:

- Usted debe estar inscrito en un plan de salud con deducible alto, como el HDHP de CCI.
- No puede estar cubierto por ningún otro plan médico que no sea un plan de deducible alto calificado. Esto incluye la cobertura médica de un cónyuge a menos que sea un plan calificado por la HSA.
- No se puede inscribir en una FSA tradicional para la atención médica en 2022.
- No se puede inscribir en Medicare, incluyendo la Parte A.
- No se puede declarar como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.
- No puede ser un veterano que haya recibido tratamiento, que no sea atención preventiva, a través del Departamento de Asuntos de Veteranos en los últimos tres meses.





Atención dental

Los dientes y encías saludables son importantes para su bienestar general. Es por eso que es importante hacerse chequeos dentales regulares y mantener una buena higiene bucal. Conozca los planes dentales disponibles para ayudarle a mantener su salud bucal.

	Plan alto	Plan bajo
Deducible anual (por persona/por familia)	\$50/\$150	\$50/\$150
Máximo del año calendario	\$1,500	\$750
Servicios de prevención/diagnóstico	\$0 (Exento de deducible)	\$0 (Exento de deducible)
Servicios básicos	20 % después del deducible	20 % después del deducible
Servicios principales	50 % después del deducible	N/A
Ortodoncia anual Máximo (por niño hasta los 19 años)	\$1,500	N/A

Los beneficios que se muestran son para los proveedores dentro de la red y se basan en tarifas negociadas. La cobertura fuera de la red se basa en cargos razonables y habituales (R&C).

Deducciones semanales del salario (antes de impuestos) para servicios dentales durante 2022-2023

Plan	Solo el empleado	Empleado +Cónyuge	Empleado +Hijos	Empleado +Familia
Plan alto	\$6.92	\$14.96	\$17.39	\$27.37
Plan bajo	\$5.16	\$11.10	\$12.49	\$19.79

Deducciones quincenales del salario (antes de impuestos) para servicios dentales durante 2022-2023

Plan	Solo el empleado	Empleado +Cónyuge	Empleado +Hijos	Empleado +Familia
Plan alto	\$15.00	\$32.42	\$37.68	\$59.31
Plan bajo	\$11.17	\$24.05	\$27.06	\$42.88

Atención oftalmológica

Tener cobertura de visión le permite ahorrar dinero en gastos elegibles de atención oftalmológica, como exámenes oculares periódicos, anteojos, lentes de contacto, etc., para usted y sus dependientes cubiertos.

	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen (uno por año calendario)	Copago de \$10	Hasta \$30
Lentes (uno por año calendario)	Copago de \$25	Hasta \$25
Monturas (una vez por año calendario)	\$130 Asignación + 20 % Descuento	Hasta \$65
Lentes de contacto (en lugar de anteojos) (una vez cada 12 meses)	Copago hasta \$60	Hasta \$210 Hasta \$104
Adaptación	Cobertura completa después del copago de anteojos	
Medicamento necesario Opcional	\$130 Asignación	

Deducciones semanales del salario (antes de impuestos) para servicios oftalmológicos durante 2022-2023

Plan	Solo el empleado	Empleado +Cónyuge	Empleado +Hijos	Empleado +Familia
Plan oftalmológico	\$1.57	\$2.98	\$3.13	\$4.61

Deducciones quincenales del salario (antes de impuestos) para servicios oftalmológicos durante 2022-2023

Plan	Solo el empleado	Empleado +Cónyuge	Empleado +Hijos	Empleado +Familia
Plan oftalmológico	\$3.40	\$6.45	\$6.79	\$9.98



Enfoque en el bienestar

CCI se compromete a ayudarlo a sentirse mejor y a vivir bien. Ofrecemos beneficios y programas que apoyan su salud total y facilitan la consecución de sus objetivos de bienestar.

Aproveche los beneficios de la atención preventiva

Una buena atención preventiva puede ayudarlo a mantenerse saludable y detectar cualquier problema “silencioso” de forma temprana, cuando existen mejores probabilidades para su tratamiento. La mayoría de los servicios preventivos dentro de la red están cubiertos en su totalidad, por lo que no hay excusa para omitirlos.

- **Realícese un examen físico de rutina cada año** Usted establecerá una relación con su médico y puede reducir su riesgo de padecer muchas afecciones graves.
- **Realícese limpiezas dentales periódicas.** Numerosos estudios muestran un vínculo entre las limpiezas dentales periódicas y la prevención de enfermedades, incluyendo menores riesgos de enfermedades cardíacas, diabetes y accidentes cerebrovasculares.
- **Consulte a su oftalmólogo al menos una vez cada dos años.** Si tiene ciertos riesgos de salud, como diabetes o presión arterial alta, su médico puede recomendar exámenes oculares más frecuentes.

¿No tiene un médico personal? Debería tenerlo. Aquí está el por qué.

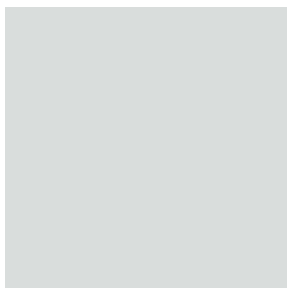


- **Para tener una mejor salud.** Hacerse los exámenes médicos adecuados cada año puede reducir el riesgo de padecer muchas afecciones graves. Y recuerde, la atención preventiva no le cuesta nada.
- **Una cartera más saludable.** Un médico de cabecera (PCP) puede ayudarlo a evitar viajes costosos a la sala de emergencias. Además, puede coordinar su atención con especialistas si fuera necesario.
- **Tranquilidad.** Los consejos de alguien de su confianza significan mucho cuando usted está sano, pero son aún más importantes cuando está enfermo.

Reciba atención desde su sofá



Cuando no se siente bien, o su hijo está enfermo, lo último que quiere es dejar la comodidad de su hogar para sentarse en una sala de espera llena de gente enferma. Una consulta virtual, incluida como un servicio cubierto en su plan médico, le permite consultar con un médico desde la comodidad de su casa u oficina y sin necesidad de una cita. Cuando busque atención a través de visitas virtuales, pagará un copago fijo, similar a una visita al consultorio. Considere una visita virtual cuando su médico no esté disponible, cuando se enferme mientras viaja o si considera visitar una sala de emergencias del hospital por una condición de salud que no sea de emergencia. Para obtener más información y registrarse para recibir atención médica, visite MDLIVE.com/BCBSTX, llame al 888- 860-8646 o envíe el mensaje BCBSTX al 635-483. Descargue la aplicación MDLIVE.



APOYO FINANCIERO

Sus beneficios incluyen programas para ayudar a garantizar su seguridad financiera y la de su familia. También le ofrecemos acceso a beneficios voluntarios concebidos para ayudarlo a ahorrar dinero en una valiosa cobertura de seguro complementario.

Seguro de vida y de accidentes

Como empleado de CCI, usted recibe un seguro de vida y accidentes pagado por la empresa, y tiene la opción de comprar cobertura adicional para usted y su familia.

Seguros básicos de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) del empleado

Usted recibe automáticamente un seguro de vida básico y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) para que pueda proteger a sus seres queridos ante situaciones imprevistas. Esta cobertura no tendrá ningún costo para usted. El monto de beneficio será de \$15,000 para los empleados por hora y \$50,000 para los empleados asalariados.

Seguro de vida y de AD&D complementario para empleados

Si desea una protección adicional, puede comprar un seguro de vida y/o de AD&D complementario para usted. Puede elegir una cobertura en incrementos de \$10,000 hasta \$500,000 (Elija hasta \$100,000 en cobertura sin Prueba de asegurabilidad (EOI)).

Seguro de vida voluntario y por muerte accidental y desmembramiento para cónyuge o pareja de hecho

También puede comprar un Seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) para su cónyuge o pareja de hecho en incrementos de \$5,000 hasta \$100,000 (Elija hasta \$25,000 en cobertura sin Prueba de asegurabilidad (EOI)).

Tarifas del seguro de vida

Tasas por \$1,000 de cobertura (antes de impuestos)	
	Seguro de vida complementario de empleados/cónyuge
Menor de 30 años	\$0.084
30-34	\$0.086
35-39	\$0.105
40-44	\$0.158
45-49	\$0.251
50-54	\$0.400
55-59	\$0.630
60-64	\$0.960
65-69	\$1.780
De 70 años o mayor	\$2.860

Tarifas del seguro AD&D (todas las edades)

AD&D complementario del empleado	Tarifa mensual por \$1,000 = \$0.044
Seguro AD&D para cónyuges o parejas de hecho	Tarifa mensual por \$1,000 = \$0.044

Seguro de vida voluntario para niños

El seguro de vida y/o AD&D para niños opcional lo puede comprar en incrementos desde \$1,000 hasta \$10,000 (por hijo: no se requiere Prueba de asegurabilidad (EOI) durante la elección inicial). La tasa del seguro de vida es \$0.414 por cada \$1,000 en cobertura y la tasa de AD&D es \$0.44 por cada \$1,000 en cobertura, sin importar la cantidad de hijos cubiertos, después de impuestos.

La ley federal de impuestos requiere que CCI reporte el costo del seguro de vida pagado por la empresa que exceda los \$50,000 como ingresos imputados. Si muere en un accidente o sufre lesiones graves o una discapacidad física, se pagan beneficios de AD&D además de cualquier otro seguro de vida.

Puede que tenga que completar un cuestionario médico de prueba de asegurabilidad (EOI) para determinar si usted o su cónyuge son asegurables por los montos del seguro de vida complementario. Si fuera necesario, se le proporcionará uno.

¿Qué es el seguro de AD&D?

Si pierde la vida, la vista, la audición, el habla o el uso de su(s) extremidad(es) en un accidente, el seguro de AD&D proporciona beneficios adicionales para ayudar a mantener la seguridad económica de su familia. Los beneficios de AD&D se pagan como un porcentaje del monto de su cobertura, del 50 % al 100 %, dependiendo del tipo de pérdida.



¿Ha nombrado a un beneficiario?

Asegúrese de haber seleccionado un beneficiario para sus pólizas de seguro de vida y accidente. El beneficiario recibirá el beneficio pagado por una póliza en caso de fallecimiento del titular. Es importante designar a un beneficiario y mantener esa información actualizada. Visite el [Portal del empleado](#) para agregar o cambiar un beneficiario.





Beneficios adicionales

Como parte del paquete de beneficios de la Empresa, usted tiene acceso a una variedad de programas adicionales que pueden ayudarlo a ahorrar dinero y brindarle asistencia importante con las necesidades cotidianas.

Seguro de accidentes

No siempre puede evitar los accidentes, pero puede ayudar a protegerse de los costos relacionados con los accidentes que pueden superar el límite de su presupuesto. El seguro de accidentes complementa su plan médico principal y los programas de discapacidad al proporcionarle beneficios en efectivo en caso de lesiones accidentales. Puede usar este dinero para ayudar a pagar los gastos médicos no cubiertos, como su deducible o coseguro, o para gastos de subsistencia continuos, como su hipoteca o alquiler. Los beneficios se pagan además de otras coberturas que pueda tener, como un plan médico o AD&D.

Tasas del seguro de accidentes - Semanal

Niveles	Tasas
Solo el empleado	\$1.91
Empleado + Cónyuge	\$3.17
Empleado + Hijo(s)	\$3.66
Familiar	\$5.75

Tasas del seguro de accidentes - Quincenal

Niveles	Tasas
Solo el empleado	\$4.14
Empleado + Cónyuge	\$6.87
Empleado + Hijo(s)	\$7.93
Familiar	\$12.46

Seguro por enfermedad crítica

Este plan protege contra el efecto económico de ciertas enfermedades cubiertas, como un ataque cardíaco o cáncer. Usted recibe un beneficio de monto fijo directo para cubrir los desembolsos directos para sus tratamientos que no están cubiertos por su plan médico. También puede usar el dinero para cubrir sus gastos diarios de vida, como servicios de limpieza, servicios especiales de transporte y guardería.

Costos mensuales del seguro por enfermedad grave por cada \$1,000* de beneficio

*Tasas por hijo(s) dependientes por \$1,000: \$0.216

Edad alcanzada	Tasas para empleados	Tasas para cónyuges
Menor de 30 años	\$0.367	\$0.564
De 30 a 39	\$0.563	\$0.781
De 40 a 49	\$1.131	\$1.385
De 50 a 59	\$2.506	\$2.782
De 60 a 64	\$4.174	\$4.450
De 65 años o más	\$7.994	\$8.497

INSCRIPCIÓN

Después de haber considerado cuidadosamente sus opciones de beneficios y previsto las necesidades, es hora de seleccionar sus beneficios. Siga las instrucciones para que usted y cualquier dependiente elegible se inscriban en los

¿Cómo inscribirse?

Puede inscribirse para sus beneficios ya sea:

En línea

Inicie sesión en el **Portal del empleado**

Inscribase desde cualquier computadora con acceso a Internet, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Siga las indicaciones para configurar su cuenta y seleccionar una contraseña segura.

Por teléfono

Si necesita ayuda, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos a través del (817)573-3079 ext. 1117

¿Qué sucede si no me inscribo?

Como nuevo empleado: si no se inscribe en los beneficios dentro de los 60 días posteriores a la fecha de su contratación, no tendrá cobertura de beneficios, a excepción de aquellos que son totalmente pagados por CCI, como el seguro de vida básico y el seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

Durante la Inscripción abierta: si desea realizar cambios en sus beneficios o inscribirse en el plan médico HDHP o HSA, debe actuar antes de la fecha de vencimiento de la inscripción. Si no se inscribe, seguirá con su cobertura actual.

Cambios durante el año

Después de que termine su oportunidad de inscripción, no podrá realizar modificaciones en su cobertura de beneficios durante el año a menos que experimente un evento de vida que califique, por ejemplo, matrimonio, divorcio, nacimiento, adopción o un cambio en su estado laboral o el de su cónyuge o pareja de hecho, que afecte su elegibilidad para los beneficios.

Fecha de vigencia de la cobertura

Para los nuevos empleados contratados por hora, la fecha de entrada en vigor de la cobertura para la mayoría de los planes es el primer día del mes siguiente a los 60 días de su contratación; para los empleados asalariados esta fecha será el primer día del mes siguiente al día de su contratación. Para los empleados ya contratados que se registren durante la Inscripción abierta, la fecha de entrada en vigor de la mayoría de los planes es el 1.º de agosto de 2022

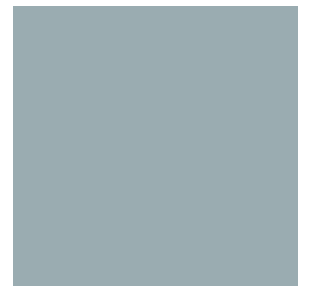




Información de contacto

Para obtener más información sobre un plan de beneficios específico, comuníquese con el proveedor que se indica a continuación.

Plan de beneficios	Proveedor	Número de teléfono	Sitio web	Plan/ID del grupo
Médico/Medicamentos con receta	BCBS de TX	1-800-521-2227	www.bcbstx.com	PPO: 321815 HDHP: 321816
Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	VIVE	1-855-472-4090	cci.vivebenefits.com	8229963
Atención dental	BCBS de TX	1-800-521-2227	www.bcbstx.com	321817
Atención oftalmológica	BCBS de TX	1-855-556-8796	www.eyemedvisioncare.com/bcbstxvis	N/A
Seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)	BCBS de TX	1-877-442-4207	www.bcbstx.com/ancillary	N/A
Seguro de accidentes	BCBS de TX	1-877-442-4207	www.bcbstx.com/ancillary	N/A
Seguro por enfermedad crítica	BCBS de TX	1-800-438-4207	www.bcbstx.com/ancillary	N/A



Aviso de cobertura acreditable de la Parte D de Medicare

Sus opciones

Lea atentamente este aviso y consérvelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con CCI y sobre sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea inscribirse o no en un plan de medicamentos de Medicare. Si usted está considerando unirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos y su costo, con la cobertura y los costos de los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta.

Hay dos aspectos importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos con receta de Medicare está disponible desde 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de medicamentos con receta de Medicare o se inscribe en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Culberson Construction determinó que la cobertura de medicamentos con receta ofrecida por Blue Cross Blue Shield of TX debe pagar, como promedio para todos los participantes del plan, tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y, por lo tanto, se considera cobertura acreditable. Debido a que su actual cobertura es una cobertura acreditable, usted puede conservarla y no pagar una prima más alta (una penalización) si más tarde decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Usted puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare en cuanto sea elegible por primera vez para este programa y cada año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Sin embargo, si usted pierde su cobertura acreditable actual para medicamentos con receta médica por causas ajenas a su voluntad, también será elegible durante un período de inscripción especial (SEP, por sus siglas en inglés) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de Culberson Construction no se verá afectada. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y suspender su cobertura actual de Culberson Construction, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan obtener esta cobertura nuevamente.

¿Cuándo pagará una prima más alta (penalización) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura actual con Culberson Construction y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días consecutivos posteriores a que finalice su cobertura actual, es probable que tenga que pagar una prima más alta (una penalización) para inscribirse posteriormente en un plan

de medicamentos de Medicare. Si transcurren los 63 días consecutivos o más sin que usted tenga una cobertura acreditable de medicamentos con receta, su prima mensual puede aumentar progresivamente al menos en un 1 % con respecto a la prima base del beneficiario de Medicare, por cada mes que usted haya pasado sin esa cobertura. Por ejemplo, si usted pasa 19 meses sin cobertura acreditable,

¿Cuándo pagará una prima más alta (penalización) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare? (continuación)

su prima puede ser consistentemente al menos un 19 % más alta que la prima base del beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una penalización) mientras tenga la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, es probable que usted tenga que esperar hasta el próximo mes de octubre para unirse.

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos con receta:

Comuníquese con la persona indicada a continuación. NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. También le llegará antes del próximo período en el que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si cambia esta cobertura por medio de Culberson Construction. Además, puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información acerca de sus opciones bajo la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

Consulte el manual "Medicare & You" (Medicare y usted) donde puede encontrar información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Medicare le enviará anualmente y por correo una copia de este manual. También es probable que los representantes de los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted. Para obtener más información acerca de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico y obtenga ayuda personalizada. Consulte la cara interior de la contraportada de su manual "Medicare & You" para obtener el número telefónico del programa.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

Si usted tiene ingresos y recursos limitados, hay una ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio de la Administración del Seguro Social en:

- www.socialsecurity.gov
- o llame al: 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778)

Recuerde: Conserve este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba proporcionar una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si está obligado o no a pagar una prima superior (una penalización).

Fecha: 1.º de agosto de 2020
Culberson Construction, LLC
4500 Colony Road
Granbury, TX 76048

Número de teléfono:
CCI: 1-817-573-3079 ext. 1117

Recordatorio de disponibilidad del Aviso de privacidad

Este es un recordatorio para los participantes y beneficiarios del plan de Salud y bienestar de Culberson Construction (el "Plan") de que el Plan emitió un Aviso de privacidad del plan médico que describe la manera en que el Plan utiliza y divulga la información médica protegida (PHI). Puede obtener una copia del Aviso de privacidad del Plan de salud y bienestar de Culberson Construction mediante una solicitud por escrito dirigida al Departamento de Recursos Humanos, a la siguiente dirección:

Culberson Construction, LLC
4500 Colony Road
Granbury, TX 76048

Si tiene preguntas, comuníquese con la oficina de Recursos Humanos de Culberson Construction o con el contacto de Recursos Humanos de su empresa.

Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer

Esta ley federal exige que un plan médico grupal proporcione cobertura para los siguientes servicios a una persona que reciba beneficios del plan en relación con una mastectomía:

- Reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir un aspecto simétrico; y
- Prótesis y complicaciones físicas para todas las etapas de una mastectomía, incluyendo el linfedema (inflamación asociada con la extirpación de ganglios linfáticos).

Para determinar la forma de cobertura, el plan médico grupal debe consultar con el médico tratante y la paciente. La cobertura para la reconstrucción mamaria y los servicios relacionados están sujetos a deducibles y montos del coseguro que coincidan con los que se aplican a otros beneficios según el plan.

Divulgación de la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud por lo general no pueden restringir, conforme a la ley federal, los beneficios para la estadía en el hospital en relación con el parto de la madre o el hijo recién nacido a menos de 48 horas luego del parto vaginal, o menos de 96 horas luego de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe al proveedor que atiende a la madre o recién nacido, previa consulta con la madre, que dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas según corresponda). De cualquier modo, los planes y los emisores no pueden, en virtud de lo que establece la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor para prescribir una duración de la estancia en exceso a 48 horas (o 96 horas).

Continuación de los derechos de cobertura conforme a COBRA

Introducción

Usted recibió este aviso porque recientemente quedó cubierto por un plan médico grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho para la cobertura COBRA de continuación, que consiste en una prórroga temporal de la cobertura prevista en el Plan. Este aviso generalmente explica la cobertura COBRA de continuación, cuándo esta puede estar disponible para usted y su familia, y qué necesita hacer para proteger el derecho de recibirla.

El derecho a la cobertura COBRA de continuación creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) de 1985. La cobertura COBRA de continuación puede estar disponible para usted cuando de otro modo, perdería la cobertura médica grupal.

También puede estar disponible para otros miembros de su familia que están cubiertos por el Plan cuando de otro modo perderían su cobertura médica grupal. Para obtener información adicional sobre sus derechos y obligaciones según el Plan y la ley federal, usted debe revisar la descripción resumida del Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

¿Qué es la cobertura COBRA de continuación?

La cobertura COBRA de continuación funciona como una continuación de la cobertura del Plan cuando de otro modo la cobertura terminaría debido a un evento de vida conocido como "evento que califica". Los eventos que califican específicos se indican posteriormente en este aviso. Después de un evento que califique, la cobertura de continuación de la COBRA debe ofrecerse a cada persona que sea un "beneficiario que califique". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si la cobertura en virtud del Plan se pierde debido al evento que califique. En virtud del Plan, los beneficiarios que califiquen quienes elijan la cobertura de continuación de la COBRA deben pagar dicha cobertura de continuación de la COBRA.

Usted se convertirá en un beneficiario elegible si, siendo un empleado, pierde su cobertura en virtud del Plan debido a uno de los siguientes eventos de vida:

- Se reducen sus horas de trabajo, o
- Su empleo finaliza por cualquier motivo distinto a una conducta indebida grave de su parte

Usted será un beneficiario elegible si, siendo cónyuge de un empleado, pierde su cobertura en virtud del Plan debido a cualquiera de los siguientes eventos de vida:

- Su cónyuge muere;
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge finaliza por cualquier motivo distinto a una conducta indebida y grave de su parte;
- Su cónyuge adquiere derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
- Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes son beneficiarios elegibles si pierden la cobertura conforme al Plan debido a que ocurre cualquiera de los siguientes eventos de vida:

- El empleado (padre o madre) muere;
- Se reducen las horas de trabajo del empleado (padre o madre)

- El empleo del empleado (padre o madre) finaliza por cualquier motivo distinto a su conducta indebida grave;
- El empleado (padre o madre) adquiere derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura como "hijo dependiente" bajo el Plan.

¿Cuándo está disponible la cobertura COBRA?

El Plan proporcionará la cobertura COBRA de continuación a los beneficiarios que califiquen solo después de notificar al Administrador del Plan que ha ocurrido un evento que califica. Cuando el evento de vida es la finalización del empleo o la reducción de las horas de trabajo, la muerte del empleado o el hecho de que el empleado adquiera derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas), el empleador debe notificar al Administrador del Plan el evento calificado sucedido.

Usted debe dar aviso de algunos eventos que califican

Para los demás eventos que califican (divorcio o separación legal del empleado y cónyuge, o la pérdida de la elegibilidad para la cobertura de un hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días siguientes al evento que califica. Debe proporcionar este aviso a: Recursos Humanos de Culberson Construction

¿Cómo se proporciona la cobertura COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan recibe la notificación de que ha ocurrido un evento que califica, se ofrecerá la cobertura COBRA de continuación a cada uno de los beneficiarios que califiquen. Cada beneficiario que califique tendrá un derecho independiente de elegir la cobertura COBRA de continuación. Los empleados cubiertos pueden elegir la cobertura COBRA de continuación en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la cobertura COBRA de continuación en nombre de sus hijos.

La cobertura COBRA de continuación es una prórroga temporal de la cobertura. Cuando el evento calificado es la muerte del empleado, el derecho del empleado a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas), su divorcio o separación legal, o la pérdida de la elegibilidad de un hijo dependiente como hijo dependiente, la cobertura COBRA de continuación dura hasta un total de 36 meses. Cuando el evento que califica es el final del empleo o la reducción de las horas de empleo del empleado, y el empleado adquirió el derecho a los beneficios de Medicare en un período menor a los 18 meses anteriores del evento que califica, la cobertura COBRA de continuación para beneficiarios calificados que no sean el empleado dura hasta 36 meses después de la fecha del beneficio de Medicare. Por ejemplo, si un empleado cubierto accede a los beneficios de Medicare 8 meses antes de la fecha en que finalice su empleo, la cobertura COBRA de continuación para su cónyuge e hijos puede durar hasta 36 meses después de la fecha de acceso a Medicare, que es igual a los 28 meses posteriores a la fecha del evento que califica (36 meses menos 8 meses). De lo contrario, cuando el evento que califica es la terminación del empleo o la reducción de las horas de trabajo del empleado, la cobertura COBRA de continuación generalmente solo dura hasta 18 meses. Hay dos maneras para extender este período de 18 meses de la cobertura COBRA de continuación.

Continuación de los derechos de cobertura conforme a COBRA

Prórroga por discapacidad del período de 18 meses de la cobertura de continuación

Si la Administración del Seguro Social determina que usted o alguien cubierto de su familia conforme al Plan queda discapacitado y usted da aviso al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden recibir hasta 11 meses adicionales de la cobertura COBRA de continuación, hasta por un máximo total de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la cobertura COBRA de continuación y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de cobertura de continuación.

Prórroga del segundo evento que califica del período de 18 meses de la cobertura de continuación

Si su familia experimenta otro evento que califica mientras recibe 18 meses de cobertura COBRA de continuación y el Plan recibe un aviso oportuno del segundo evento que califica, el cónyuge y los hijos dependientes en su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de cobertura COBRA de continuación, para un máximo de 36 meses. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba cobertura de continuación si el empleado o ex empleado fallece, adquiere derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas), se divorcia o se separa legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible conforme al Plan como hijo dependiente, pero solo si el evento hubiera causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura conforme al Plan si no hubiera ocurrido el primer evento que califica.

Si tiene preguntas

Las preguntas relacionadas con su Plan o sus derechos de cobertura de continuación de la COBRA deberán dirigirse al contacto o contactos identificados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos según la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), incluyendo COBRA, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) y otras leyes que afectan los planes médicos grupales, comuníquese con la oficina regional o distrital más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos en su área o visite el sitio web de EBSA en www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números telefónicos de las oficinas regionales y distritales de EBSA están disponibles a través de su sitio web).

Informe a su Plan sobre los cambios de dirección

Con el propósito de proteger los derechos de su familia, usted debe mantener informado al Administrador del Plan sobre cualquier cambio en la dirección de sus familiares. También debe guardar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que envíe al Administrador del plan.

Información de contacto del Plan

Para obtener más información sobre el Plan y la continuación COBRA, comuníquese con:

Culberson Construction, LLC
4500 Colony Road
Granbury, TX 76048

Número de teléfono:
CCI: **1-817-573-3079 ext. 1117**

Ayuda para la prima conforme a Medicaid y al Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o el CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para la prima que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando los fondos de sus programas CHIP o de Medicaid. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o el CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia para la prima, pero puede comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en alguno de los estados que se indican a continuación, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP para saber si la asistencia con la prima está disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y piensa que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP, llame al **1-877-KIDS NOW** o visite www.insurekidsnow.gov para conocer cómo presentar la solicitud. Si reúne los requisitos, pregunte si su estado tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para la ayuda con la prima de Medicaid o CHIP, así como elegibles en virtud del plan de su empleador, su empleador deberá permitirle inscribirse en el plan del empleador si usted no se ha inscrito. Esto se llama una oportunidad de "inscripción especial", y **usted debe solicitar la cobertura dentro de un plazo de 60 días a partir de que se haya determinado que es elegible para la ayuda con la prima**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir la ayuda con el pago de las primas del plan médico de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada hasta el 31 de enero de 2022. Comuníquese con las oficinas de su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

ALABAMA-Medicaid	CALIFORNIA-Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com /Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web: Programa de Pago de Primas de Seguros Médicos (HIPP) http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
ALASKA-Medicaid	COLORADO-Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Plan médico infantil Plus (CHP+)
El Programa de Pago de Primas de Seguros médicos de AK Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx	Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de atención para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ Servicio estatal de retransmisión de mensajes 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Servicio de atención a miembros de CHP+: 1-800-359-1991/ Servicio estatal de retransmisión de mensajes 711 Programa de afiliación a seguro médico (HIBI): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program Servicio de atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442
ARKANSAS-Medicaid	FLORIDA-Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web: https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA-Medicaid	MAINE-Medicaid
<p>Un sitio web de HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, presione 1GA CHIPRA Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: (678) 564-1162, presione 2</p>	<p>Sitio web para inscripciones: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Servicio de retransmisión de mensajes de Maine 711</p> <p>Sitio web de Prima de seguro médico privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: -800-977-6740. TTY: Servicio de retransmisión de mensajes de Maine 711</p>
INDIANA-Medicaid	MASSACHUSETTS-Medicaid y CHIP
<p>Plan Saludable de Indiana para adultos de bajos ingresos 19-64 Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás sitios web de Medicaid: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono 1-800-457-4584</p>	<p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840</p>
IOWA-Medicaid y CHIP (Hawki)	MINNESOTA-Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/member_s Teléfono de Medicaid: 1-800-338- Sitio web de 8366 Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739</p>
KANSAS-Medicaid	MISSOURI-Medicaid
<p>Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884</p>	<p>Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
KENTUCKY-Medicaid	MONTANA-Medicaid
<p>Pago de primas de seguros médicos integrados de Kentucky Sitio web del programa (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIP.PROGRAM@ky.gov</p> <p>Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-877-524-4718</p> <p>Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov</p>	<p>Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084</p>
LOUISIANA-Medicaid	NEBRASKA-Medicaid
<p>Sitio web: www.medicicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>	<p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>

NEVADA-Medicaid	SOUTH CAROLINA-Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820
NEW HAMPSHIRE-Medicaid	SOUTH DAKOTA-Medicaid
Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm Teléfono: 603-271-5218 Número de llamada gratuita para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
NEW JERSEY-Medicaid y CHIP	TEXAS-Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710	Sitio web: http://gethipptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493
NEW YORK-Medicaid	UTAH-Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831	Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669
NORTH CAROLINA-Medicaid	VERMONT-Medicaid
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427
NORTH DAKOTA-Medicaid	VIRGINIA-Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825	Sitio web: https://www.coverva.org/en/famis-select https://www.coverva.org/en/hipp Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-800-432-5924
OKLAHOMA-Medicaid y CHIP	WASHINGTON-Medicaid
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022
OREGON-Medicaid	WEST VIRGINIA-Medicaid y CHIP
Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075	Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699- 8447)
PENNSYLVANIA-Medicaid	WISCONSIN-Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462	Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
RHODE ISLAND-Medicaid y CHIP	WYOMING-Medicaid
Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (línea directa de RIte Share)	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para ver si otros estados han incorporado un programa de asistencia con las primas desde el 31 de enero de 2022, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especiales, puede comunicarse con:

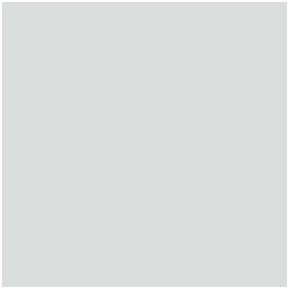
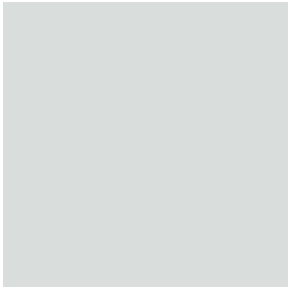
Departamento del Trabajo de EE. UU.
Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

Centros de servicios de Medicare y Medicaid del Departamento
de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Opción del menú 4, ext. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede realizar ni patrocinar una recopilación de información a menos que sea aprobada por la OMB bajo la PRA, y muestre un número de control de la OMB actualmente válido, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. Consulte el 44 U.S.C. 3507. Además, a pesar de cualquier otra disposición legal, ninguna persona será objeto de sanción por no cumplir con una recopilación de información si dicha recopilación no muestra un número de control de la OMB actualmente válido. Consulte el 44 U.S.C. 3512.

Se estima que la carga de información pública para esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se exhorta a las partes interesadas a enviar comentarios relacionados con la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov haciendo referencia al número de control de la OMB 1210-0137.



Aunque se ha hecho todo lo posible para garantizar la exactitud de esta guía de beneficios, prevalecerán los documentos y contratos del plan en caso de discrepancia entre esta guía y los documentos y contratos del plan. Además, la empresa se reserva el derecho de modificar o cancelar cualquier plan de beneficios en cualquier momento

La información de este folleto constituye un Resumen de las modificaciones significativas (SMM, por sus siglas en inglés) del Manual de beneficios de CCI para los cambios de plan señalados. A partir del 1.º de agosto de 2022, esta guía de beneficios, junto con una copia de la Descripción resumida del plan (SPD, por sus siglas en inglés) en el Manual de beneficios de CCI, conformarán la SPD. Conserve esta guía para consultarla. Usted puede acceder al Manual de beneficios de CCI en el [Portal del Empleado \(viewpointforcloud.com\)](https://viewpointforcloud.com). Si tiene alguna pregunta o necesita solicitar una copia impresa de su