

AMA LO QUE HACE
¡ES HORA
DE CUIDARSE!

Guía de beneficios del empleado de campo
de cuidados en el hogar certificado
De tiempo completo y de tiempo parcial



Pam Compagnola,
enfermera titulada (RN)
Enfermera de BAYADA desde el año 2004

Planes de beneficios: 2019-2020
Fecha de publicación: 15 de abril de 2019



WE LOVE WHAT WE DO

¿Qué contiene?

Esta guía de beneficios ofrece un resumen de sus opciones de beneficios; su objetivo es ayudarlo a tomar decisiones informadas sobre la cobertura de su seguro médico. Si tiene alguna duda al respecto, consulte la información de contacto de la compañía en la página 22.

Índice

Elegibilidad	1
¿Qué novedades hay para 2019-2020?	2
Planes médicos	3
Medicamento recetado	5
Planes de cobertura mínima y cobertura mínima extendida	6
Cuenta de ahorros de salud	8
Cuenta de gastos flexible	10
Seguro dental	12
Seguro de la vista	13
Jubilación 401(k)	15
Beneficios adicionales de seguro de vida	16
Beneficios adicionales opcionales	17
Productos voluntarios Aflac	18
Condiciones y definiciones frecuentes del seguro médico	19
Lista de contactos de compañías	22

Elegibilidad

Empleados de campo de cuidados en el hogar certificados de tiempo completo:

- Es elegible para cualquiera de los beneficios médicos, de medicamentos recetados, dentales y de la vista del grupo BAYADA en su 90.º día de empleo.

Empleados de campo de cuidados en el hogar certificados de tiempo parcial:

- Es elegible para cualquiera de los beneficios médicos, de medicamentos recetados y dentales y de la vista del grupo BAYADA si trabaja un promedio de 30 horas a la semana a lo largo de un periodo de análisis de 3 meses.

Empleados de campo de cuidados en el hogar certificados de tiempo parcial que trabajan menos de 30 horas a la semana:

- Es elegible para los planes de cobertura mínima y cobertura mínima extendida (se aplican las restricciones estatales).

Elegibilidad de dependientes

Puede inscribir a sus dependientes, como su esposa legal y sus hijos hasta los 26 años.

Los dependientes deben incluirse en los mismos planes que usted elija para sí mismo, aunque puedan variar los grados entre las ofertas de beneficios. Por ejemplo, puede incorporar a su esposa a la cobertura dental pero no a la médica.

Introducción de cambios a lo largo del año

Las opciones que elija cuando sea elegible o durante la inscripción abierta continúan siendo efectivas hasta el final del año del plan: 30 de junio de 2020. Una vez inscrito, debe esperar hasta el próximo periodo de inscripción abierta para cambiar sus beneficios o añadir/eliminar la cobertura para usted o sus dependientes, a menos que tenga un evento vital calificado según lo definido por el IRS.

Ejemplos de un evento vital calificado incluyen, entre otros, los siguientes:

- Matrimonio, divorcio, separación legal o anulación
- Obtención/Pérdida de otra cobertura de seguro médico
- Nacimiento o adopción de un niño
- Obtención/Pérdida de otra cobertura de seguro médico de la persona dependiente
- Cambio en el estado de empleo (p. ej., cambio de estado de tiempo completo a tiempo parcial)

El IRS ordena que los cambios en su cobertura debidos a la calificación de un evento vital deben realizarse antes de que transcurran 31 días de ese evento vital. Es necesario aportar pruebas para calificar el evento vital (p. ej., certificado de matrimonio, sentencia de divorcio, certificado de nacimiento o carta de la pérdida de cobertura). Nota: Cualquier cambio que haga en su cobertura debe ser consistente con el evento vital calificado.

¿Necesita ayuda?

En un esfuerzo por proporcionar a todos los empleados de BAYADA una comprensión clara de las ofertas de beneficios de BAYADA, le animamos a visitar la página web bayada.com/benefits, en la que encontrará más información detallada del plan. Tiene a su servicio especialistas en inscripción de beneficios (BES) para responderle a sus preguntas sobre beneficios individuales. Puede ponerse en contacto con estos especialistas dedicados en **844-225-7552**. Con gusto le informarán sobre sus opciones disponibles y ofrecerle ayuda sobre la inscripción durante el periodo de inscripción abierta del 1 al 24 de mayo de 2019. El equipo Beneficios de BAYADA también está a su disposición para responderle a cualquier pregunta en el **877-291-3000**.

Se contactará proactivamente con los nuevos empleados elegibles para beneficios dentro de su periodo de elegibilidad para beneficios.

Si tiene preguntas sobre los beneficios de Aflac, llame al **844-600-7073**.

¿Qué novedades hay en la Inscripción abierta de 2019-2020?

Nuevos proveedores. Más beneficios. Recursos mejorados. Mismo costo.

Sabemos que los beneficios son importantes para nuestros empleados y aspiramos a proporcionarle planes que satisfagan sus necesidades. Hemos tenido en cuenta sus comentarios, y con gusto BAYADA comparte las siguientes mejoras en nuestro paquete de beneficios para el Plan del año 2019-2020, que incluye nuevos proveedores, más beneficios y recursos mejorado, y todo ellos con el mismo costo.

Plan médico y de medicamentos recetados

El Plan médico POS II de Aetna (Choice) sustituye a nuestro Plan Horizon Blue Cross Blue Shield anterior e incluye las mismas tres opciones del plan: POS Core, POS Buy-Up o Plan de salud con deducible alto (High Deductible Health Plan, HDHP). Ahora tiene acceso a una red médica y de farmacia ampliada.

Plan médico POS II de Aetna (Choice)

- Aetna es un nuevo proveedor médico de BAYADA.
- Como plan de Punto de servicio (point-of-service - POS), puede visitar tanto médicos y hospitales de la red como ajenos a la red: es su elección.
- Dispone de una cobertura adicional para diversos beneficios nuevos, como mamografía 3D, infertilidad y aparatos auditivos.
- Acceso a herramientas y recursos para los nuevos miembros, como una sólida búsqueda funcional de médicos/instalaciones.
- Los costos del plan continúan siendo iguales.

Plan de medicamentos recetados

- Aetna Rx es un nuevo proveedor de planes de medicamentos recetados de BAYADA, que significa que usted se puede beneficiar ahora de poseer una tarjeta médica e información de contacto tanto de su cobertura médica como de farmacia.
- Si opta por el plan médico de Aetna, se le inscribirá de forma automática en el plan Aetna Rx.
- Como parte de una red más amplia, ahora dispone de la opción de surtir recetas de medicamentos de mantenimiento a través del correo o del minorista (CVS).
- Los costos del plan continúan siendo iguales.

Plan dental

- Delta Dental continúa siendo nuestro proveedor.
- Las radiografías completas de la boca y panorámicas están cubiertas ahora al 100% una vez cada cinco años.
- Los selladores dentales están ahora totalmente cubiertos; las extracciones están cubiertas al 80%.
- Los tratamientos con fluoruros están ahora cubiertos dos veces al año en menores de hasta 19 años.
- Los costos del plan continúan siendo iguales.

Cuenta de ahorros flexible (FSA) y de atención a dependientes (DCA); cuenta de ahorros para la salud (HSA)

- ConnectYourCare es un nuevo proveedor de BAYADA.
- ConnectYourCare está integrado en Aetna.
- Ahora puede acceder a un portal/app en línea para dispositivos móviles para ver los requerimientos de reembolso, los balances de las cuentas, las reclamaciones y más a su mano.

Programa de asistencia para empleados (EAP)

- Aetna es el proveedor de EAP de BAYADA.
- Reciba hasta seis sesiones personales por tema al año.
- Beneficiarse de los servicios de consulta legal, financiera y de vida laboral.

Planes médicos

Usted ama lo que hace, pero para tener en cuenta lo que es importante, en el trabajo y en casa, necesita cuidarse de sí mismo. No somos una compañía ordinaria. Nuestros beneficios tampoco. Este es el motivo por el que ofrecemos una serie de opciones de beneficios diseñados para que se adapten a diferentes presupuestos, estilos de vida y necesidades médicas. No debe subestimarse la importancia de tener un seguro médico. Un declive en su estado de salud puede significar una pérdida de ahorros si usted no puede trabajar, y también puede significar que se le amontonan las facturas médicas. Un seguro médico y de medicamentos recetados le puede ayudar a evitar o limitar sus gastos médicos y contribuir a un estilo de vida más sano. BAYADA proporciona un seguro médico a través del Punto de servicio (POS) II de Aetna (Choice).



HERRAMIENTAS Y CONSEJOS:

Puede utilizar la herramienta Comparación de costos de planes médicos en la página Beneficios del portal para guiarle en la toma de decisiones de qué plan es el mejor para usted.

¿Quién es elegible?

Es elegible si es un empleado de campo de cuidados en el hogar certificado de tiempo completo o si es un empleado de campo de cuidados en el hogar certificado de tiempo parcial que trabaja más de 30 horas a la semana.

Plan Choices

BAYADA ofrece tres elecciones de planes médicos de Aetna: Buy-Up, Core y Plan con deducible alto (High Deductible Health Plan, HDHP). Cada plan incluye un plan de medicamentos recetados a través de Aetna Rx. Consulte más abajo algunos puntos y diferencias clave en el momento de elegir el plan médico que es mejor para usted:

Aetna POS Core

- El plan Core plan tiene unos gastos de su bolsillo relativamente bajos en el momento de la prestación del servicio.
- Su deducción semanal de la nómina es inferior a la del plan Buy-Up y superior al del plan HDHP.

POS Buy-Up de Aetna

- El plan Buy-Up es el que tiene unos gastos de su bolsillo más bajos en el momento de la prestación del servicio.
- El plan Buy-Up tiene la deducción más elevada de la nómina.

Plan con deducible alto (High Deductible Health Plan, HDHP)

- El HDHP tiene una deducción más baja de la nómina que los otros planes de Aetna (Core o Buy-Up), pero una deducción más elevada de la nómina que los planes MEC.
- El HDHP supone los mayores gastos de su bolsillo en el momento de la prestación del servicio.
- Solo disponible con el HDHP es una Cuenta de ahorros para la salud (HSA) opcional: véase más en la página 8.

Diseño de plan médico - Lo que usted paga

	Plan médico Core POS		Plan médico Buy Up POS		Plan médico con deducible alto POS (solo empleados)		Plan médico con deducible alto POS (empleado + familia)	
	En la red	Fuera de la red	En la red	Fuera de la red	En la red	Fuera de la red	En la red	Fuera de la red
Deducibles								
Deducible individual	\$1,000	\$2,000	\$750	\$1,500	\$1,500	\$2,000	—	—
Deducible familiar	\$2,000	\$4,000	\$1,500	\$3,000	—	—	\$3,000	\$4,000
Coseguro	70%	50%	80%	60%	75%	60%	75%	60%
Gasto máximo de bolsillo del asegurado	\$5,250	\$10,500	\$3,250	\$8,125	\$6,350	\$12,700	\$6,350	\$12,700
Gasto máximo de bolsillo por familia	\$10,500	\$21,000	\$6,500	\$16,250	—	—	\$12,700	\$25,400
Monto máximo de por vida	Ilimitado		Ilimitado		Ilimitado		Ilimitado	
Servicios para pacientes externos								
Telemedicina Asistencia médica/ conductual	\$5 de copago	—	\$5 de copago	—	Deducibles/ Coseguro según el tipo de servicio*	—	Deducibles/ Coseguro según el tipo de servicio*	—
Visita en la consulta del médico de atención primaria o del especialista	Copago de \$30/\$50	50% después del deducible	Copago de \$20/\$40	60% después del deducible	75% después del deducible	60% después del deducible	75% después del deducible	60% después del deducible
Cuidados preventivos**	100% de cobertura	50% después del deducible	100% de cobertura	60% después del deducible	100% de cobertura	60% después del deducible	100% de cobertura	60% después del deducible
Sala de emergencias	70% después de ER de \$150 de copago/ deducible no aplicado	70% después de ER de \$150 de copago/ deducible no aplicado	80% después de ER de \$150 de copago/ deducible no aplicado	80% después de ER de \$150 de copago/ deducible no aplicado	75% después del deducible	75% después del deducible	75% después del deducible	75% después del deducible
Análisis/ Radiología para el diagnóstico	70% después del deducible	50% después del deducible	80% después del deducible	60% después del deducible	75% después del deducible	60% después del deducible	75% después del deducible	60% después del deducible
Aparatos auditivos	\$3,000/oído cada 24 meses.	\$3,000/oído cada 24 meses.	\$3,000/oído cada 24 meses.	\$3,000/oído cada 24 meses.	\$3,000/oído cada 24 meses.			
Visitas para maternidad/ obstetricia (Prenatal/ Maternidad)	100% no deducibles/no copago	50% después del deducible	100% no deducibles/no copago	60% después del deducible	75% después del deducible	60% después del deducible	75% después del deducible	60% después del deducible
Servicios de pacientes ingresados								
Hospital (incluye bariátrica, trasplantes, maternidad)	100% después de \$250 de copago/ deducible no aplicado	50% después de \$500 de copago/ deducible no aplicado	100% después de \$200 de copago/ deducible no aplicado	60% después de \$400 de copago/ deducible no aplicado	75% después del deducible	60% después del deducible	75% después del deducible	60% después del deducible

*El Plan médico con deducible alto dispone de un deducible familiar "agregado" que significa que debe cumplirse el deducible de toda la familia antes de que los gastos de cualquier miembro individual de la familia sean sometidos a coseguro. **Los Cuidados preventivos incluyen los exámenes físicos de rutina en adultos, los exámenes pediátricos, las inmunizaciones pediátricas y los chequeos ginecológicos de rutina, mamografías y análisis clínicos/radiología.

Este documento solamente pretende resaltar o resumir algunos aspectos del(de los) programa(s) de beneficios de los empleados. No se trata de una descripción resumida del plan (SPD) o un documento oficial del plan. Sus derechos y obligaciones en el(los) programa(s) se exponen en los documentos oficiales del plan. Todas las declaraciones en este resumen están sujetas a los términos de los documentos oficiales del plan, conforme a lo interpretado por el fiduciario apropiado del plan. En el caso de ambigüedad o conflicto declarado entre una provisión en este resumen y una provisión en los documentos del plan, prevalecerán los términos de los documentos del plan. El empleador se reserva el derecho de revisar, cambiar o dar por terminado el plan o cualquiera de los beneficios de este, por cualquier motivo, en cualquier momento y sin previo aviso a ninguna persona.

Medicamento recetado

Los planes Core, Buy-Up y HDHP incluyen cobertura de medicamentos recetados a través de Aetna Rx. Si opta por el plan médico de Aetna, se le inscribirá de forma automática en el plan Aetna Rx. Además solo dispondrá de una tarjeta médica con información de contacto tanto para la cobertura médica como de farmacia.

Como parte de una red más amplia, usted tiene flexibilidad y conveniencia de surtir medicamentos recetados de mantenimiento por correo o del minorista (CVS).

Programas de medicamentos recetados

Para mejorar la atención y reducir los costos, BAYADA continuará ofreciendo los programas de medicamentos recetados siguientes a través de Aetna Rx:

- Programa de seguridad para la gestión y dispensación de opioides
 - La prevalencia de la adicción a los opioides en América continúa siendo un gran problema. Su salud es importante para BAYADA, y este programa está dirigido a reducir las posibilidades de la dependencia a los opioides.
 - La gestión de la cantidad de medicamento tiene como fin garantizar a los pacientes que reciben la cantidad que la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de EE.UU. considera segura y eficaz. La FDA, los investigadores médicos y los fabricantes de medicamentos examinan cada medicamento para determinar que la cantidad máxima recomendada sea segura. Si recibe una receta de un medicamento que es parte de este programa, se le administrará la cantidad recomendada, que debe durar hasta que llegue el momento de volver a surtirlo.
- Cobertura de estatinas ACA
 - Se han incorporado a la cobertura preventiva las estatinas (medicamentos para reducir los lípidos) usadas principalmente para prevenir las enfermedades cardiovasculares (ECV) para cumplir los requisitos de la Affordable Care Act (ACA) (Ley de atención asequible).

Diseño del plan de medicamentos recetados - Lo que usted paga

Medicamentos recetados								
Medicamento recetado - Minoristas (suministro de 30 días)	\$10 por genérico/\$35 por marca del formulario/\$55 por marca registrada No pertenecientes al formulario/70% de coseguro para medicamentos de especialidad	No aplicable	\$10 por genérico/\$35 por marca del formulario/\$55 por marca registrada No pertenecientes al formulario/70% de coseguro para medicamentos de especialidad	No aplicable	75% después del deducible	No aplicable	75% después del deducible	No aplicable
Medicamento recetado - Pedido por correo o CVS - Medicamentos de mantenimiento (suministro para 90 días) *Se puede excluir	\$25 por genérico/\$88 por marca del formulario/\$138 por marca registrada No pertenecientes al formulario/70% de coseguro para medicamentos de especialidad		\$25 por genérico/\$88 por marca del formulario/\$138 por marca registrada No pertenecientes al formulario/70% de coseguro para medicamentos de especialidad		75% después del deducible	75% después del deducible		

Este documento solamente pretende resaltar o resumir algunos aspectos del(de los) programa(s) de beneficios de los empleados. No se trata de una descripción resumida del plan (SPD) o un documento oficial del plan. Sus derechos y obligaciones en el(los) programa(s) se exponen en los documentos oficiales del plan. Todas las declaraciones en este resumen están sujetas a los términos de los documentos oficiales del plan, conforme a lo interpretado por el fiduciario apropiado del plan. En el caso de ambigüedad o conflicto declarado entre una provisión en este resumen y una provisión en los documentos del plan, prevalecerán los términos de los documentos del plan. El empleador se reserva el derecho de revisar, cambiar o dar por terminado el plan o cualquiera de los beneficios de este, por cualquier motivo, en cualquier momento y sin previo aviso a ninguna persona.

Planes de cobertura mínima y cobertura mínima extendida (MEC)

¿Quién es elegible?

Todos los empleados son elegibles para los Planes de cobertura mínima y cobertura mínima extendida al ser contratado, ya que no hay un requerimiento medio de horas para estos planes (se aplican restricciones según el nivel).

Plan Choices

Además de Aetna POS Core, Buy-Up y el HDHP, BAYADA ofrece los planes de cobertura mínima y cobertura mínima extendida. El Plan de cobertura mínima incluye 63 pruebas preventivas y un conjunto de otros servicios.

Tanto el Plan de cobertura mínima como el Plan de cobertura mínima extendida incluyen extensiones de telemedicina y el programa de descuento del valor RX de PTA (Planes de trabajo anuales). Nationwide ofrece ambos planes, y todos los nuevos empleados recibirán información sobre la inscripción en los 30 días siguientes a ser contratados.

Diseño del plan MEC (incluye el Plan de recetas)

Nationwide Insurance Company		
	Plan de cobertura mínima	Plan de cobertura mínima extendida
	En la red	En la red
Deducible: Individual/Familia	N/A	N/A
Coseguro	N/A	N/A
Gasto máximo de su bolsillo: Individual/Familia	N/A	N/A
Monto máximo de por vida	N/A	N/A
Selección de PCP	N/A	N/A
Requisitos de referencia	N/A	N/A
Cuidados preventivos: exámenes físicos de rutina en adultos, exámenes pediátricos, inmunizaciones pediátricas, chequeos ginecológicos de rutina, mamografías de rutina y análisis clínicos/radiología de rutina	100%, no deducible	100%, no deducible
Visitas a la consulta del médico de atención primaria	N/A	El plan paga \$75 diarios 6 días por persona al año
Visita a la consulta del especialista	N/A	El plan paga \$75 diarios 6 días por persona al año
Consultas de Teladoc Telemedicina	100% sin cargo	
Visitas para maternidad/obstetricia	N/A	N/A
Análisis/Radiología para el diagnóstico	Programa de descuento	El plan paga \$75 por día de pruebas 3 días por persona al año + Programa de descuento
Sala de emergencias	N/A	El plan paga \$75 diarios 4 días por persona al año
Atención para enfermos terminales y cuidados de la salud en el hogar	N/A	N/A
Centro de enfermería especializada	N/A	El plan paga \$50 diarios durante 60 días por persona y estancia
Atención privada de enfermería para pacientes ambulatorios	N/A	N/A
Terapias de rehabilitación para pacientes externos (habla, física, ocupacional)	N/A	N/A
Material médico duradero	Programa de descuento	Programa de descuento
Cirugía bariátrica (véanse los requisitos del proveedor)	N/A	N/A
Hospitalización	N/A	El plan paga un monto máximo de \$100 diarios durante 500 días durante toda la vida
Medicamento recetado - Minoristas (suministro de 30 días)	Nivel 1: Medicamentos genéricos y de marca registrada seleccionados disponibles por \$10 o menos/\$10 de copago Nivel 2: Medicamentos genéricos y de marca registrada seleccionados disponibles por \$20 o menos/\$20 de copago Nivel 3: Medicamentos genéricos y de marca registrada seleccionados disponibles por \$50 o menos/\$50 de copago Nivel 4: Descuentos en el precio	
Medicamento recetado - Es obligatorio el pedido por correo para los medicamentos de mantenimiento pedidos por correo (suministro para 90 días)	N/A	N/A

Cuentas de ahorros de salud (HSA)

¿Quién es elegible?

Es elegible para la HSA de BAYADA solo si se inscribe al Plan con deducible alto (HDHP)

Es elegible para abrir y depositar un HSA si:

- se ha inscrito en el Plan con deducible alto.
- no está cubierto por el plan de salud de su cónyuge, FSA o HRA (el IRS no le permite tener un FSA y un HSA entre cónyuges; tiene que elegir uno u otro)
- no declarado como dependiente en la declaración fiscal de otra persona
- no registrado en Medicare, TRICARE o TRICARE for Life
- no recibir beneficios de la Administración de Veteranos

¿Qué es una cuenta de ahorros de salud?

HERRAMIENTAS Y CONSEJOS:

Para información general antes de que se inscriba, llame a ConnectYourCare en el **833-325-0002** o visite www.connectyourcare.com/bayada para obtener más información sobre reclamaciones, balance de la cuenta y opciones de inversión.

Una cuenta de ahorros de salud (HSA) combina su plan médico con una cuenta de ahorro antes de impuestos depositada por el empleado. El dinero en la cuenta de ahorros puede ayudarle a pagar sus deducibles y muchos otros gastos elegibles. El dinero de la cuenta de ahorros produce intereses y es suya, incluso si deja la empresa o se jubila.

Características del Plan de la cuenta de ahorros de salud

- Cuenta con impuestos aplazados
- Menos ingresos gravables
- Capacidad para aplicar el ahorro a gastos elegibles
- El dinero siempre se renueva
- Los ahorros siempre le pertenecerán

Contribuciones máximas para 2019/2020

Nivel de cobertura	Contribución máxima requerida por el IRS
Individual (en el plan le cubre solo a usted)	\$3,500
Familia (le cubre a usted y a uno o más dependientes)	\$7,000
Ser mayor de 55 años	Agregar otros \$1,000 a estas cantidades como contribución adicional

Gastos elegibles y no elegibles del HSA

Los depósitos que usted retira de su HSA están libres de impuestos cuando se usan para pagar gastos médicos calificados. En la página web del IRS www.irs.gov se incluye una lista de estos gastos (búsqueda: Publication 502).

La siguiente lista ofrece ejemplos de gastos médicos elegibles y no elegibles. La lista no incluye todos.

Ejemplos de elegibles

- Gastos médicos: copagos, coseguro y deducibles
- Gastos dentales: exámenes, limpieza, radiografías y frenos dentales
- Gastos para la visión: exámenes, lentes de contacto y suministros, anteojos y cirugía de los ojos con láser
- Servicios profesionales: terapia física, servicios quiroprácticos y acupuntura
- Medicamentos recetados e insulina
- Artículos para la atención médica de venta sin receta: vendas, kits de prueba de embarazo, monitores de presión arterial, etc.

Ejemplos no elegibles

- Servicio de niñera
- Cirugía estética
- Primas de seguros
- Blanqueamiento dental

Gestión e inversión de sus HSA

Un HSA tiene dos partes: ahorro e inversión.

Una vez logrado un balance de ahorros de al menos \$1,000 en su cuenta de HSA, puede invertir la cantidad adicional. Puede usar la parte de inversión para reinvertir y producir ahorros adicional libres de impuestos. No obstante, la recomendación típica es calcular lo que es probable que gaste en costos médicos en los próximos 12 a 24 meses, e invierta lo que sobra de esa estimación.

Respuestas a sus preguntas más frecuentes sobre el HSA:

P: ¿Dónde puede invertir sus fondos HSA?

R: Para HSA están permitidos los mismos tipos de inversiones permitidos para IRA, incluidos acciones, bonos, fondos mutuos y certificados de depósitos.

P: ¿Quién controla el dinero invertido en una cuenta de ahorros de salud?

R: Usted, el titular de la cuenta, controla todas las decisiones sobre su dinero invertido. También puede elegir no invertir sus fondos.

P: ¿Puedo pedir un préstamo en mi HSA?

R: No, no puede pedir un préstamo ni comprometer los fondos. Consulte más información sobre actividades prohibidas en el Apartado 4975 del Código de Rentas Internas (Internal Revenue Code).

P: ¿Puedo asignar el dinero de la HSA a una IRA?

R: No puede asignar los fondos de la HSA a una IRA. Los fondos permanecerán en la HSA o se asignarán a otra HSA.

P: ¿Puedo asignar una IRA, 401(k) u otro plan de jubilación a mi HSA?

R: No puede asignarla a un 401(k) u otro plan de jubilación, pero puede hacer una transferencia irrevocable de una sola vez de una IRA a una HSA. La transferencia se contabilizará en el máximo de contribución anual y requiere que permanezca en un HDHP elegible en una HSA durante un periodo de 12 meses una vez completada esta transferencia.

 **HERRAMIENTAS Y CONSEJOS:**

Nota importante
Aplicable a todas las FSA: debe conservar una copia de todos los recibos ya que las regulaciones del IRS exigen al administrador del plan que documente cada reclamación. Mientras que algunas transacciones se pueden identificar con el nombre del proveedor, el monto en dólares, etc., se le puede pedir que envíe información adicional para documentar la reclamación.

Planifique cuidadosamente: teniendo en cuenta la regla del IRS "úselo o piérdalo", usted normalmente debe perder cualquier balance de cuenta no usado (aparte de la asignación de \$500 de FSA médica únicamente) a final de cada año del plan. Las cuentas médicas y DCA tiene un periodo de gracia de 3 meses inmediatamente después del final de cada año del plan. Esto significa que tiene hasta el 30 de septiembre para solicitar el reembolso de los gastos incurridos hasta el 30 de junio.

Cuenta de gastos flexible (FSA)

¿Quién es elegible para una FSA?

Es elegible para una FSA si es un empleado de tiempo completo.

¿Qué es una cuenta de gastos flexible (FSA)?

Las cuentas de gastos flexibles (FSA), tanto de atención médica como a dependientes, se usan para pagar los gastos de atención médica y a dependientes aprobadas por el IRS que normalmente pagaría de su bolsillo. Una FSA le permite pagar estos gastos con dólares antes de impuestos. Cada año que desee participar en una FSA, debe elegir la cantidad con la que quiere contribuir a una o a las dos FSA en inscripción abierta.

FSA médica

Una FSA médica le permite usar dólares antes de impuestos para pagar determinados gastos médicos no cubiertos por su plan de seguros. Esta cuenta está prefinanciada por BAYADA, sus contribuciones se deducirán de su salario en cuotas iguales a lo largo del año del plan. La contribución máxima a la cuenta de gastos médicos es de \$2,700 por año del plan. Puede asignar \$500 a finales de cada año del plan.

FSA de atención a dependientes

El FSA de atención a dependientes le permite pagar los gastos diarios de atención al dependiente con dólares antes de impuestos. Sus contribuciones se deducirán de su salario en cuotas iguales a lo largo del año y se depositarán en su cuenta. Esta cuenta no está prefinanciada; únicamente se podrán usar los fondos depositados semanalmente. La contribución máxima a la cuenta de atención a dependientes (DCA) es de \$5,000.

Reembolso de sus FSA

Cada cuenta FSA funciona por separado. Cuando tiene gastos que son elegibles puede usar su tarjeta de pago ConnectYourCare o enviar una solicitud (en línea o en formato impreso) para reembolso de la cuenta FSA pertinente.

Provisiones del programa FSA médico y de atención a dependientes

	Cuenta médica	Cuenta de atención a dependientes
Gastos elegibles	Gastos médicos elegibles pagados de su bolsillo que no están cubiertos por un plan médico, de medicamentos recetados, dental o de la vista, incluidos deducibles, copagos y coseguro.	Costos elegibles de guardería pagados de su bolsillo así usted (o su cónyuge, si está casado/a) pueden trabajar o asistir a la escuela a tiempo completo. Los gastos de atención al dependiente elegibles incluyen los cuidados a niños menores de 13 años y la atención a dependientes de cualquier edad que tienen una incapacidad física o mental para el cuidado propio (incluye los cuidados diarios para dependientes mayores, pero no los gastos de una residencia de ancianos).
Puede contribuir con	hasta \$2,700 por año del plan.	hasta \$5,000 por año del plan.
¿Cómo puedo usar el dinero?	Puede usarlo para pagar gastos médicos, dentales y de la vista, como deducibles, coseguro, recetas y otros gastos elegibles.	Puede usarlo para gastos que califiquen en guarderías autorizadas, jardín de infancia, campamentos de día y cuidados en el hogar con códigos de identificación fiscal válidos.
Efectuar cambios a mitad de año	Las FSA y DCA médicas se pueden disminuir así como incrementar con un evento calificador. Es necesario que el cambio sea consistente con el evento; por ejemplo, el nacimiento de un hijo puede dar lugar a un aumento en la FSA, pero no disminuirlo. Además, un divorcio (un dependiente menos a cubrir) puede dar lugar a una disminución de la cantidad elegida.	
Solicitud de reembolso	Tarjeta de paso ConnectYourCare: usar en el punto de servicio. Envío de hojas de solicitud por Internet o en formato impreso: tiene hasta el 30 de septiembre después del final de cada año del plan para enviar sus gastos.	DCA es una cuenta que funciona sin tarjeta; la tarjeta de pago ConnectYourCare no se puede usar normalmente para gastos de atención a dependientes. Para el reembolso de los gastos de atención a dependientes, necesita conservar los recibos de estos servicios. Envío de hojas de solicitud por Internet o en formato impreso: tiene hasta el 30 de septiembre después del final de cada año del plan para enviar sus gastos.
¿Qué ocurre si queda dinero al final del año del plan?	La FSA dispone de una característica de traspaso que permite trasladar hasta \$500 de su balance de la FSA de atención de la salud al año siguiente del plan. Cualquier fondo superior a \$500 asignables se perderá si no se usa antes del 30 de junio o se presenta reclamación antes del 30 de septiembre.	Si no ha gastado todos los fondos en su DCA al final del año del plan, puede continuar presentando gastos durante el "periodo de gracia." El "periodo de gracia" se amplía 3 meses después del final del plan del año, tiempo durante el que puede continuar presentando reclamaciones y usando todos los fondos que queden en su DCA. Se perderá cualquier fondo no usado el 30 de junio o reclamación presentada el 30 de septiembre.
¿Necesito guardar mis recibos?	Sí	
Administrador	ConnectYourCare	

Seguro dental

El acceso a una buena atención médica bucal puede ayudar a reducir sus gastos de salud generales. Los exámenes periódicos de su salud bucal pueden ayudar a detectar problemas médicos importantes antes de que se agraven. La cobertura dental de BAYADA se ofrece a través de Delta Dental de NJ.

¿Quién es elegible?

Es elegible para recibir los beneficios dentales de BAYADA si es un empleado de campo de cuidados en el hogar certificado a tiempo completo o si es un empleado de campo de cuidados en el hogar certificado a tiempo parcial que trabaja más de 30 horas a la semana.

Plan Choices

BAYADA ofrece dos planes dentales: Plan Core y Plan Buy-Up. Vea más detalles en la siguiente tabla.

Características del plan

- Ampliación de la salud oral
 - Los participantes con antecedentes de enfermedad periodontal pueden disponer de hasta cuatro limpiezas bucales o procedimientos de mantenimiento periodontal por año del plan.
- Ampliación de la cobertura
 - Las radiografías completas de la boca y panorámicas están cubiertas ahora al 100 % una vez cada cinco años.
 - Los selladores dentales están ahora totalmente cubiertos; las extracciones están cubiertas al 80%.
 - Los tratamientos con fluoruros están ahora cubiertos dos veces al año en menores de hasta 19 años.
- Traspaso máximo
 - Los miembros pueden traspasar una parte de su máximo anual no usado del plan de un año al del año siguiente.
 - Para calificar para el traspaso máximo tiene que recibir al menos a una limpieza o a un examen bucal durante el año del plan. Puede traspasar hasta el 25% de la parte no usada de su máximo anual normal de hasta \$500.

Diseño de plan dental - Lo que usted paga

	Plan Core en la red	Plan Buy-Up en la red
Deducible/Máximo		
Deducible individual	\$50	\$50
Deducible familiar	\$150	\$150
Máximo por año natural	\$1,500 por persona	\$2,000 por persona
Coseguro		
Servicios preventivos (exámenes, radiografías, limpiezas)	100%	100%
Servicios básicos (empastes, endodancias, cirugía oral)	80%	80%
Servicios mayores (puentes, coronas, dentaduras postizas)	50%	50%
Ortodoncia		
Coseguro	50%	50%
Monto máximo de por vida	\$1,000	\$1,500
Elegibilidad	Solo dependientes menores de 19 años	

Este documento solamente pretende resaltar o resumir algunos aspectos del(de los) programa(s) de beneficios de los empleados. No se trata de una descripción resumida del plan (SPD) o un documento oficial del plan. Sus derechos y obligaciones en el(los) programa(s) se exponen en los documentos oficiales del plan. Todas las declaraciones en este resumen están sujetas a los términos de los documentos oficiales del plan, conforme a lo interpretado por el fiduciario apropiado del plan. En el caso de ambigüedad o conflicto declarado entre una provisión en este resumen y una provisión en los documentos del plan, prevalecerán los términos de los documentos del plan. El empleador se reserva el derecho de revisar, cambiar o dar por terminado el plan o alguno de los beneficios de este, por cualquier motivo, en cualquier momento y sin aviso a ninguna persona.

Seguro de la vista

Puesto que con frecuencia los síntomas de enfermedades hacen su aparición hasta que se ha producido el daño, los exámenes de ojos son una buena manera para mantenerse alerta de lo que ocurre en su cuerpo. Tanto si precisa tener un acceso consistente a un seguro de vista integral, como si está examinando este beneficio por primera vez, nuestra cobertura de seguro de la vista está dirigido a satisfacer una variedad de necesidades.

La cobertura del seguro de la vista de BAYADA es ofrecido por EyeMed (red INSIGHT).

¿Quién es elegible?

Es elegible para recibir los beneficios de visión BAYADA si es un empleado de campo de cuidados en el hogar certificado de tiempo completo o si es un empleado de campo de cuidados en el hogar certificado de tiempo parcial que trabaja más de 30 horas a la semana.

Características del plan

- La asignación para monturas continúa siendo de \$150.
- Este año continúan los programas de la vista:
 - Programa de libertad de paso
 - No existen gastos de su bolsillo (\$0) para las monturas compradas en Target o Sears.*
 - *Oferta no válida en las tienda de óptica de los almacenes Sears afiliadas a US Vision.
 - Lentes de contacto Booster
 - Los miembros reciben una asignación para lentes de contacto de \$20 adicionales si usan [contactsdirect.com](https://www.contactsdirect.com).
 - La asignación actual de lentes de contacto es de \$130.

Diseño de plan de la vista - Lo que usted paga

	En la red	Reembolso fuera de la red
Examen	\$10 de copago	Máximo \$25
Imágenes de la retina	Máximo \$39	N/A
Monturas	Asignación de \$150; sin gastos de su bolsillo para monturas compradas en Target o Sears.*	Máximo \$65
Lentes de plástico estándar		
Visión simple	\$15 de copago	Máximo \$14
Bifocales	\$15 de copago	Máximo \$28
Trifocales	\$15 de copago	Máximo \$53
Lentes progresivas estándar	\$80	Máximo \$28
Lentes progresivas Premium	\$100-\$125	Máximo \$28
Otras opciones de lentes		
Tratamiento UV	\$15	N/A
Tintado	\$15	N/A
Recubrimiento plástico antirrayaduras estándar	\$0	Máximo \$11
Policarbonato estándar	\$40	N/A
Policarbonato estándar (menores de 19 años)	\$0	Máximo \$28
Recubrimiento antirreflexión estándar	\$45	N/A
Recubrimiento antirreflexión estándar Premium	\$57-\$68	N/A
Fotocrómico/Transiciones	\$75	N/A
Polarizadas	Descuento del 20% del precio minorista	N/A
Otros complementos y servicios	Descuento del 20% del precio minorista	N/A
Adaptación de lentes de contacto y seguimiento		
Estándar	Máximo \$55	N/A
Lentes progresivas Premium	10% de descuento del precio minorista	N/A
Convencional	\$0 de copago; \$130 de asignación; 15% de descuento en saldo de más de \$130	Máximo \$104
Desechable	\$130 de copago; \$130 de asignación; más balance sobre la asignación adicional de \$20 si se usa contactsdirect.com	Máximo \$104
Medicamento necesario	\$0 de copago; pagado en su totalidad	Máximo \$200
Corrección de la vista con láser	15% de descuento en el precio o 5% de descuento del precio de promoción	N/A
Frecuencia		
Examen	Una vez cada 12 meses	
Lentes o lentes de contacto	Una vez cada 12 meses	
Monturas	Una vez cada 24 meses	

Este documento solamente pretende resaltar o resumir algunos aspectos del(de los) programa(s) de beneficios de los empleados. No se trata de una descripción resumida del plan (SPD) o un documento oficial del plan. Sus derechos y obligaciones en el(los) programa(s) se exponen en los documentos oficiales del plan. Todas las declaraciones en este resumen están sujetas a los términos de los documentos oficiales del plan, conforme a lo interpretado por el fiduciario apropiado del plan. En el caso de ambigüedad o conflicto declarado entre una provisión en este resumen y una provisión en los documentos del plan, prevalecerán los términos de los documentos del plan. El empleador se reserva el derecho de revisar, cambiar o dar por terminado el plan o alguno de los beneficios de este, por cualquier motivo, en cualquier momento y sin aviso a ninguna persona.

*Oferta no válida en las tienda de óptica de los almacenes Sears afiliadas a US Vision.

Jubilación 401(k)

Todo el mundo sabe que una jubilación económicamente segura no se produce de la noche a la mañana; requiere una minuciosa planificación. Pero mucha gente se desconcierta por lo que piensa que será un proceso complicado.

Es por eso que nos esforzamos para que se inscriba en el Plan 401(k) de BAYADA Home Health Care de la forma más directa y comprensible posible.

¿Quién es elegible?

Puede participar si:

- es mayor de 21 años
- ha completado 1 año de servicio
- ha completado 1,000 horas de servicio durante el primer año de empleo o en cualquiera de los años naturales siguientes

Una vez que sea elegible para participar, el administrador del plan, Prudential, le enviará un paquete de inscripción. Entonces puede inscribirse en cualquier momento llamando al **877-778-2100** o visitando prudential.com/online/retirement.

Jubilación de Prudential - Información del plan 401(k)

El plan 401(k) de BAYADA simplifica el ahorro. Se caracteriza por:

- **Contribuciones del empleador** que pueden ayudar a aumentar sus ahorros: es como obtener un bono.
- **GoalMaker®**- una solución de inversión que le ayuda a elegir sus inversiones y mantener el rumbo a lo largo de sus años de planificación de la jubilación.
- **Las deducciones automáticas de la nómina** hacen que se ahorre sin esfuerzo.
- **La gran variedad de opciones de inversión** permite desarrollar la estrategia que mejor se adapte a sus necesidades.
- **Herramientas interactivas** (como calculador de ingresos de la jubilación) para ayudar a gestionar su cuenta y acceder a la formación de planificación de la jubilación.

El Plan 401(k) de BAYADA Home Health Care ofrece otra forma de financiar su futuro: ¡contribuciones Roth después de impuestos! Los empleados elegibles de BAYADA tienen ahora dos formas de ahorro:

1. Contribuciones tradicionales antes de impuestos: sus contribuciones salen de su sueldo *antes de* que se deduzcan los impuestos, usted ahorra ahora en sus impuestos.
2. Contribuciones Roth después de impuestos: las contribuciones Roth salen de su sueldo después de retener los impuestos, de forma que su sueldo neto se reduce en la cantidad contribuida.

Contribuciones equivalentes de BAYADA

Hasta la fecha BAYADA ha contribuido con \$28 millones para los planes de los empleados. Cada año BAYADA puede hacer contribuciones equivalentes a su cuenta 401(k) en su nombre. En el pasado estas contribuciones han sido iguales al 35 % del primer 4% de los sueldos elegibles con los que usted ha contribuido al plan 401(k). Para ser elegible para la igualación, tiene que trabajar por lo menos 500 horas durante el año. No se igualan las contribuciones adicionales. La igualación anual se deposita en su cuenta durante el primer trimestre de cada año. Su contribución equivalente se basa en las contribuciones que usted ha efectuado después de ser elegible.

Tabla de derechos adquiridos

Años de servicio	Interés creado
0-1	0%
2	20%
3	40%
4	60%
5	80%
6	100%

Su contribución e inversiones

Puede contribuir con el 1% al 100% de su sueldo, hasta el máximo del IRS de \$19,000 para 2019 sobre una base antes de impuestos (a excepción de los empleados altamente compensados [HCE], limitados al 4%). Las contribuciones antes de impuestos significan que el dinero se ha deducido de su salario antes de impuestos, usted paga impuestos en una cantidad menor.

Si tiene o cumplirá al menos 50 años en 2019, puede efectuar una contribución adicional antes de impuestos de máximo \$6,000.

Puede hacer cambios en sus contribuciones y elecciones de inversión las 24 horas del día 7 día a la semana, llamando al **877-778-2100** o visitando prudential.com/online/retirement.

Beneficios adicionales de seguro de vida

Seguro de vida/por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

¿Quién es elegible?

Es elegible para el seguro de vida y AD&D si ha trabajado 1,000 horas en el año natural anterior.

Información del plan

Se dispone de beneficios de un Seguro de vida básico y de beneficios por Muerte accidental y Desmembramiento a través de MetLife, sin costo para usted. Consulte en la tabla siguiente la elegibilidad y la cobertura de beneficios.

Vida básico y AD&D	
Elegibilidad (Clase)	Todos los empleados de oficina de tiempo completo, activos que trabajan 40 horas/semana como mínimo
Periodo de espera	90 días de servicio
Emisión garantizada	\$5,000
Beneficio máximo	\$5,000
Reducción según la edad	Mayor de 70 años, reducido al 60 % de los beneficios del Seguro de vida
Condiciones de beneficios por enfermedad	50% del máximo

Seguro de vida suplementario (Seguro de vida voluntario)

¿Quién es elegible?

Es elegible para un seguro de vida voluntario si es un empleado de campo de cuidados en el hogar certificado a tiempo completo o un empleado de campo de cuidados en el hogar certificado a tiempo parcial que trabaja más de 30 horas a la semana.

Información del plan

El Seguro de vida voluntario se puede adquirir a través de MetLife a incrementos de \$10,000 hasta un máximo de \$100,000.

Durante la Inscripción abierta de 2019, se exime de la comprobación de su asegurabilidad exigida previamente (EOI) o el comprobante de buena salud; se puede inscribir sin documentación. Después del periodo de Inscripción abierta de 2019, se exige el comprobante de buena salud en las siguientes circunstancias:

- Reciente incorporación: ha renunciado previamente a la oportunidad de elegir esta cobertura y ahora elige la cobertura por primera vez
- Participante actual: actualmente tiene esta cobertura y ha solicitado un aumento del monto de su cobertura actual

Beneficios adicionales opcionales

BAYADA se complace en ofrecerle varios nuevos beneficios en respuesta directa a sus comentarios.

¿Quién es elegible?

Todos los empleados son elegibles para las siguientes ofertas de beneficios sin costo alguno.

Programa de asistencia para empleados (EAP): Recursos de vida de Aetna

Apreciamos el trabajo que hace cada día y queremos ofrecerle recursos para que viva la mejor vida posible. Los Recursos de vida de Aetna es el mejor modo de ayudarle a usted y sus seres queridos para cumplir sus retos en la vida cotidiana. Este EAP está totalmente integrado en los beneficios médicos y de salud conductual de Aetna. Diseñado para asistir a los empleados en la resolución de una gran variedad de temas para promover el bienestar general, el Programa de asistencia para empleados administrado por Aetna incluye:

- un máximo de 6 sesiones por tema y año
- asesoramiento jurídico (consulta de 30 minutos por tema/60 minutos de consulta de Robo de identidad para víctimas de Robo de identidad)
- asesoramiento financiero (consulta telefónica de 30 minutos por tema)
- servicios telefónicos WorkLife (consulta y referencias para el cuidado de niños, cuidado de adultos mayores, apoyo al cuidador, planificación de escuela y universidad y servicios de conveniencia)
- servicios en línea WorkLife (artículos, búsquedas de proveedores, vídeos de orientación, myStrength, herramientas legales/financieras, libre albedrío, webinars, centro de descuentos, etc.)

Protección del robo de identidad

BAYADA se ha asociado con IdentityForce para ofrecerle la protección de identidad como un beneficio. Cada año se roba la identidad a millones de personas. Por ello es más importante que nunca estar protegido. Durante más de 40 años, IdentityForce ha protegido las identidades de personas como usted.

IdentityForce le protege con:

- alertas rápidas para que pueda tomar medidas antes de que esté hecho el daño
- servicios de recuperación integral 24/7 si se convierte en víctima de robo de identidad
- seguro de robo de identidad y mucho más

Productos voluntarios Aflac

BAYADA está orgulloso de ofrecer líneas voluntarias de cobertura (totalmente financiado por el empleado) a través de Aflac para asegurar que las ofertas de beneficios satisfacen sus necesidades. Para obtener más información sobre los productos Aflac, póngase en contacto con un especialista en inscripción en beneficios en el **844-600-7073**.

¿Quién es elegible?

Todos los empleados son elegibles para las ofertas de beneficios Aflac después del 90.º día de empleo.

Seguro de accidentes

Diseñado para complementar la cobertura médica patrocinada por el empleador, el seguro de accidentes paga el monto específico de los beneficios para gastos derivados de lesiones o accidentes que tiene lugar en o fuera del trabajo. La hospitalización, terapia física, cuidados intensivos, transporte y el alojamiento, son algunos de los gastos de su bolsillo que este seguro de accidentes podría cubrir. La cobertura está disponible para usted, su cónyuge y/o su(s) hijo(s).

Seguro de enfermedad crítica

El seguro de enfermedad crítica es un complemento mayor de la cobertura médica que la ayuda a pagar los costos directos e indirectos asociados con una enfermedad o evento crítico. Esta cobertura también incluye beneficios de exámenes de detección anual de la salud. Los beneficios se pagan sin impuestos por un importe global a usar según su criterio. Puede seleccionar el monto de la cobertura que necesita. Los montos de la cobertura están disponibles sobre una base de emisión garantizada de hasta \$30,000\$ o hasta \$50,000 dependiendo de las respuestas a una serie típica de preguntas sobre la salud (p. ej., ¿fuma?). También puede elegir una cobertura de emisión garantizada de hasta \$15,000 para su cónyuge o de hasta \$25,000, también dependiendo de las respuestas a las preguntas de salud.

La cobertura del Seguro de enfermedad crítica:

- Paga beneficios por una cantidad fija para ayudarle a usted y a su familia con los costos médicos y/o no médicos asociados con el tratamiento necesario derivado del diagnóstico.
- Puede estar disponible para usted, su cónyuge y sus dependientes elegibles.
- Usted puede ajustar el valor nominal que mejor se adapte a sus necesidades personales.
- Puede pagar muchas veces por una enfermedad crítica cubierta.
- Proporciona beneficios continuos por el tratamiento y los cuidados del cáncer.

Seguro de indemnización hospitalaria

El Seguro de indemnización hospitalaria está orientado a ofrecer protección económica en el caso de ingreso en el hospital. Puede usar los beneficios para satisfacer los gastos de su bolsillo y facturas extras que puedan surgir. Los beneficios de indemnización por una cantidad fija se pagan directamente a usted basándose en el monto de cobertura detallado, independientemente del costo real del tratamiento. También tiene la opción de elegir la cobertura del cónyuge y/o de los dependientes.

Condiciones de Discapacidad a corto plazo de grupo

El seguro de discapacidad a corto plazo es una póliza de protección de ingresos que puede ayudar a sustituir una parte de su salario en caso de que sufra una discapacidad. El plan paga mensualmente los beneficios en el caso de enfermedad y accidentes fuera del trabajo. Este plan incluye una limitación de enfermedad preexistente de 12 meses. Puede suscribir una cobertura de Discapacidad a corto plazo de máximo el 60% de sus ingresos anteriores a la discapacidad (o 40% en estados con discapacidad estatal) que no pueden superar los \$6,000 al mes.

Condiciones y definiciones frecuentes del seguro médico

Coseguro

Coseguro: Su costo compartido de un servicio de atención médica cubierta, calculado como porcentaje (por ejemplo, 30%) del monto permitido para el servicio. Su coseguro comenzará después de que haya satisfecho su deducible. Por ejemplo, si el cargo por una visita a la consulta es de \$100, y usted ha satisfecho su deducible, el pago de su coseguro del 30% serían \$30. Su seguro médico paga el resto de la cantidad establecida.

Copago

Un copago es un importe fijo en dólares que usted paga por un servicio de atención médica. La cantidad puede variar según el tipo de servicio. Sus copagos no cuentan para su deducible pero sí para el del gasto máximo de su bolsillo.

Gastos cubiertos

Son los servicios que se reembolsan a través de los planes del seguro.

Deducible

Cantidad que usted adeuda por los servicios de atención médica cubiertos antes de que su plan comience a pagar beneficios. Por ejemplo, si su deducible es de \$1,000, su plan no pagará nada hasta que usted haya pagado los primeros \$1,000 de la factura por los servicios de atención de la salud cubiertos sujetos al deducible. Los cuidados preventivos no están sujetos al deducible ya que están cubiertos al 100% por todas las opciones del plan médico.

Procedimientos de diagnóstico

Los médicos usan pruebas y procedimientos médicos para identificar, o diagnosticar, lo que le enferma. Su médico le hará preguntas sobre sus síntomas y le puede incluso recomendar análisis clínicos u otras pruebas adicionales. Es importante comprender que los cuidados para el diagnóstico están cubiertos de forma diferente que los cuidados preventivos.

Explicación de los beneficios (EOB):

Es una explicación de la compañía de seguros que muestra cómo se procesan las reclamaciones. EOB le informa de las partes de la reclamación que se pagaron al médico o al hospital y de qué parte del pago, si lo hubiere, tiene usted la responsabilidad de pagar.

Medicamentos genéricos

Los medicamentos genéricos contienen el mismo principio activo que los medicamentos de marca registrada, pero generalmente cuestan bastante menos.

Cuenta de ahorros de salud (HSA)

Una HSA es una cuenta disponible para los empleados que se inscriben en el Plan de salud con deducible alto. Una HSA le permite ahorrar dinero para los gastos de la atención médica sobre una base antes de impuestos (antes de que se deduzcan los impuestos de su salario). Cuando acude al médico o a la farmacia, puede usar el dinero en su cuenta para pagar su visita o la receta. Es un ahorro automático ya que el dinero que usted aparta en su HSA se deduce antes de pagar impuestos. Lo mejor de todo es que dispone del 100% del dinero en su cuenta, incluso si cambia de trabajo o se jubila. Y todo el dinero que no usa durante el año permanece en su HSA, produciendo intereses, para su uso en el futuro.

HealthSherpa

Una organización dedicada a facilitar a los americanos a encontrar un seguro médico asequible y de calidad. HealthSherpa tiene planes de más de 200 compañías, los mismos planes a los mismos precios que [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov).

Puede disponer de ayuda gratis de un representante llamando al **855-772-2663** o visitando [HealthSherpa.com](https://www.healthsherpa.com) para explorar sus opciones. También se dispone de un chat en vivo.

Hospitalización

Atención en un hospital que requiere la admisión como paciente ingresado y normalmente requiere que pase una o más noches en el hospital.

Dentro de la red (también conocida como red)

Una red se compone de todos los proveedores contratados. Los aseguradores piden a los proveedores que participen en su red y, a cambio, los proveedores aceptan ofrecer servicios con descuento a sus pacientes. Si escoge un proveedor de fuera de la red, sus reclamaciones podrían costar más ya que usted no recibirá los descuentos que ofrece un proveedor dentro de la red.

Medicamentos de mantenimiento

Medicamentos usados habitualmente para tratar enfermedades crónicas o a largo plazo. Estas enfermedades normalmente requieren el uso diario y periódico de medicamentos.

Mylo

Expertos en seguros Mylo le ayudarán a encontrar la cobertura que necesita, respondiendo a sus preguntas y guiándole por el camino correcto. Puede disponer de ayuda gratis llamando al 844-863-5950 o visitando la página web de Mylo en [choosemylo.com](https://www.choosemylo.com).

Medicamentos de marca comercial no preferidos

Medicamento que tiene una marca comercial y que está protegido por una patente. Puesto que solo la compañía titular de la patente puede producir y vender el medicamento, generalmente son más caros que los medicamentos genéricos y los de marca comercial preferidos.

Fuera de la red

Profesionales de atención médica, hospitales, clínicas y laboratorios que no pertenecen a su red de planes de atención médica. Usted pagará normalmente más y es posible que tenga que pagar el total en el momento de su visita y después reclamar el reembolso con el plan de salud. Y puesto que los proveedores de fuera de la red pueden cobrar más, usted podría no recibir el reembolso del costo total.

Gasto máximo de su bolsillo

El gasto máximo de su bolsillo tiene como objetivo protegerle en el caso de una enfermedad o lesión grave. Su gasto máximo de su bolsillo incluye el deducible, el coseguro y los copagos que usted paga de su bolsillo. Una vez haya alcanzado el gasto máximo de su bolsillo especificado durante el año de la póliza, su seguro médico paga los restantes servicios cubiertos al 100%.

PPO (Organización de proveedores preferidos)

Un grupo de médicos, hospitales, laboratorios y otros proveedores de cuidados médicos que han acordado cobrar menos por sus servicios.

Plan POS (Point-of-service/Punto de servicio)

Un plan médico híbrido en el que usted puede elegir a los médicos y hospitales de dentro y fuera de la red del plan de proveedores preferidos.

Medicamentos de marca comercial preferidos

Son los medicamentos de los que no se dispone de genéricos equivalentes. Sin embargo, han estado en el mercado durante algún tiempo y están ampliamente aceptados. Cuestan más que los genéricos pero son menos caros que los medicamentos de marca comercial no preferidos.

Prima

Prima es la cantidad que se deduce de su salario cada semana por el costo de la cobertura.

Cuidados preventivos

Servicios de atención médica de rutina que pueden minimizar el riesgo de determinadas enfermedades o afecciones crónicas. Los ejemplos de los servicios de cuidados preventivos incluyen, entre otros: examen físico, mamografías, vacuna para la gripe, prueba de la próstata, dejar de fumar, etc.

Médico de atención primaria (PCP)

En los planes Core, Buy-Up y High-Deductible Health, médico de atención primaria (PCP) hace referencia al médico que le proporciona atención preventiva de forma usual y cuando tiene una enfermedad menor. Con frecuencia se conoce como médico de familia o de cabecera. En el HMO ofrecido a empleados de Hawái, un PCP es el médico al que usted acude para atención de rutina. Su PCP también es el médico que le derivará a los especialistas y a otros tipos de cuidados.

Evento vital calificado

Algunos cambios en su vida significan que puede hacer cambios en sus beneficios durante el año. En el mundo de los beneficios, estos cambios se conocen como eventos vitales calificados. Esto incluye tener un hijo o adoptar un niño; casarse, separarse legalmente o divorciarse; si su cónyuge obtiene o pierde cobertura; o si su hijo alcanza la edad máxima para la cobertura. Si se presenta un evento vital calificado, comuníquese con la oficina de beneficios al **877-291-3000** o por correo electrónico.

Especialista

Un médico con una formación adicional que se especializa en un cierto campo de la medicina. Los especialistas incluyen ginecólogos y obstetras, ortopedistas y oncólogos.

Estatinas

Una clase de medicamentos que reducen los lípidos y que reducen las enfermedades cardiovasculares y la mortalidad en aquellas personas que tienen un alto riesgo de enfermedad cardiovascular.

Telemedicina

El uso de la tecnología de las telecomunicaciones para ofrecer información y servicios médico.

Lista de contactos de compañías

Para registrarse por vía telefónica, llame a un experto en inscripción en beneficios en BCI al **844-225-7552**.

Para inscribirse o hacer cambios en sus elección actual de beneficios por Internet, use Workday. Todas las preguntas adicionales (como información de COBRA) pueden dirigirse a la oficina de beneficios de BAYADA en beneficios@bayada.com o llamando al **877-291-3000**.

A continuación se presenta una lista detallada de las compañías de BAYADA y su información de contacto.

Lista de contactos de compañías			
Línea de cobertura	Compañía	Número de teléfono	Página web/Correo electrónico
Inscripciones por teléfono	BCI	Nuevas contrataciones: 844-225-7552	
Medical	POS II de Aetna (Choice)	Servicio al cliente: 800-922-5863 Teladoc: 855-835-2362	www.aetna.com
Medicamento recetado	Aetna Rx	Servicio al cliente: 800-922-5863 Teladoc: 855-835-2362	www.aetna.com
Programa de asistencia para empleados (EAP) Recursos de vida de Aetna	Aetna	800-238-6232	www.resourcesforliving.com Nombre de usuario Bayada Contraseña: eap
HSA	ConnectYourCare	833-325-0002	www.connectyourcare.com/bayada
FSA/DCA	ConnectYourCare	833-325-0002	www.connectyourcare.com/bayada
Planes MEC	Nationwide	855-495-1190*	www.theamericanworker.com
Dental	Delta Dental	800-452-9310	www.deltadentalnj.com
Vista	EyeMed	866-804-0982	www.eyemedvisioncare.com
Jubilación	Prudential	877-778-2100	www.prudential.com/online/retirement
Life básico y AD&D, Life voluntario	MetLife	877-291-3000	www.bayada.com/beneficios
Productos voluntarios Aflac	BCI - BES	Preguntas de Aflac: 844-600-7073	www.aflacgroupseguro.com
COBRA	Taben	800-675-7341	http://taben.webcobra.com/newaccount
Protección del robo de identidad	IdentityForce	866-721-3746	memberservicios@identityforce.com

Si tiene otras preguntas (p. ej., información de COBRA), póngase en contacto con el equipo Beneficios de BAYADA en el 877-291-3000 o por correo electrónico beneficios@bayada.com.

*Línea de beneficios de servicios de los miembros.

Aviso legal de cierre

Este documento solamente pretende resaltar o resumir algunos aspectos del(de los) programa(s) de beneficios de los empleados. No se trata de una descripción resumida del plan (SPD) o un documento oficial del plan. Sus derechos y obligaciones en el(los) programa(s) se exponen en los documentos oficiales del plan. Todas las declaraciones en este resumen están sujetas a los términos de los documentos oficiales del plan, conforme a lo interpretado por el fiduciario apropiado del plan. En el caso de ambigüedad o conflicto declarado entre una provisión en este resumen y una provisión en los documentos del plan, prevalecerán los términos de los documentos del plan. El empleador se reserva el derecho de revisar, cambiar o dar por terminado el plan o alguno de los beneficios de este, por cualquier motivo, en cualquier momento y sin aviso a ninguna persona.



Los servicios especializados de BAYADA incluyen cuidados de salud en el hogar, pediátrica, hospicio y habilitación.

P00256 19778830 REV 4/19 © BAYADA Home Health Care, 2019



WE LOVE WHAT WE DO