

MIEMBROS DEL EQUIPO BENEFICIOS

2024-2025



TIEMPO COMPLETO

THE BREAKERS®
PALM BEACH

TEAM MEMBER BENEFITS



FSA
 TELADOC
 SHUTTLE BEEKEEPER
 LEGAL SERVICES
 DENTAL
 VOLUNTEER

STAFF RELATIONS TRAINING
 ROOMS REFERRAL
401K+MATCH
 CORPORATE ATHLETE
 MENTAL HEALTH IS EVERYONE'S BUSINESS
PAID PARENTAL
 HOLIDAY RETAIL DISCOUNT
 TUITION REIMBURSEMENT

BEYOND MED MY WELLNESS JOURN
 BEENGAGED MILESTONE RECEPTION DALE O
 FLU SHOT **TEAM MEM**
 JURY DUTY RESORT DISCOUNTS C
 BACK-UP CARE PAUL LEONE SERV
 IDENTITY THEFT BREAKTHROUGH TO ENER
 ALL TEAM MEETING

BLUE CROSS BLUE SHIELD CONCIERGE
SERVICE ANNIVERSARY AWARD
 GOLF SCRAMBLE
DISABILITY
 LEAVE OF ABSENCE

HOSPITAL IN
 INTERVIEW & SELECTI
 WORKPLACE REFRE

JOB SHADOWING

GIVES

MEDICAL

TUTORING

ADMIN DAY

LIFE INSURANCE

VISION

UNITED WAY

LONG TERM CARE

TOWER TREK

PET INSURANCE

ACCIDENT

MOTIVITY CARE

LACTATION SUPPORT

JUNETEENTH

ON-SITE CLINIC

FINANCIAL ADVISOR

WELLNESS

BREAKAWAY MARKETPLACE

HEALTH COACHING

ENGLISH AS A SECOND LANGUAGE

PAID TIME OFF

WELL BEYOND PROGRAM

HEALTHY VENDING

CRITICAL ILLNESS

EMPLOYEE ASSISTANCE PROGRAM

TAX ASSISTANCE

HOLIDAY PAY & BONUS

BEREAVEMENT BENEFIT

BREAKERS BIRTHDAY

COMMUNITY DISCOUNTS

WANT LEADERSHIP DAY

TASTE SNACK PROGRAM

DEMNITY

ON WORKSHOP

ESHER COURSE

ARNEGIE LEADERSHIP PROGRAM

Y WITH DR. FINLEY



ÍNDICE

Introducción.....	5	Otros beneficios.....	25
Resumen de beneficios.....	6	Cuentas de gastos flexibles (FSA).....	25-26
Elegibilidad de los miembros del equipo y pautas.....	6	Seguro de vida y AD&D.....	27
Instrucciones de inscripción.....	6	Seguro por discapacidad a cargo del Empleador.....	28
Elegibilidad de los dependientes.....	6	Beneficios voluntarios.....	30
Prueba de elegibilidad de dependientes.....	7	Beyond Med - membresía de bienestar	31
Recordatorio para beneficiarios.....	7	Life & Long Term Care - seguro de vida. y cuidados a largo plazo	29
Verificación de elecciones	7	Servicios legales.....	32
Cambios en la inscripción: Acontecimiento calificador. 7		Protección frente al robo de identidad.....	32
Instrucciones para la inscripción de beneficios.....	8-9	Seguro para mascotas.....	32
Aplicación SmartBen Now.....	10	T. Rowe Price – 401(K) Savings Plan.....	33
Deducciones de la nómina.....	11	Programa de bienestar financiero.....	33
Beneficios médicos.....	12	Programa de Asistencia al Empleado(EAP).....	34
Explicación del deducible del año del plan y el desembolso máximo de bolsillo por año del plan.....	12	Bright Horizons.....	35-36
Comparación de planes.....	13	Motivity Care.....	37
Descuentos para usted – Blue365.....	14	Contactos importantes.....	38
Enfermera asesora las 24 horas.....	14	Avisos legales.....	39
Essential Advocate.....	15	Aviso sobre el mercado.....	39-41
My Health Toolkit—Blue Cross Blue Shield.....	15	Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer.....	42
Blue Cross Blue Shield of Florida		Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres.....	42
Búsqueda de proveedores médicos.....	16	Asistencia de calidad bajo Medicaid y Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP).....	42-46
Infórmese antes de ir.....	17	Recordatorio del Aviso de Prácticas de Privacidad de la Ley HIPAA	46
Teladoc.....	18	Derechos de inscripción especial de la Ley HIPAA....	46-47
Asesoramiento nutricional personalizado Teladoc.....	18	Aviso de cobertura válida.....	48-49
The Breakers Wellness Clinic.....	19	Notes	50-51
Incentivo de bienestar.....	20		
Beneficios dentales.....	21		
Seguro dental.....	21		
Búsqueda de proveedores de Cigna Dental.....	22		
Beneficios de la visión.....	23		
Seguro de la visión.....	23		
Búsqueda de proveedores de VSP Vision.....	24		

The Breakers se complace en ofrecer a los miembros de nuestro equipo un paquete de beneficios para empleados completo y competitivo. Esta guía de beneficios le proporcionará los aspectos más destacados de la cobertura, información de contacto importante y las divulgaciones anuales de los miembros del equipo de The Breakers.



SALUD Y BIENESTAR

- Cobertura médica
- Dental
- Visión
- Wellness Clinic (Clínica para el bienestar) en el lugar
- Seguro de accidentes, indemnización hospitalaria y enfermedades graves
- Cuentas de gastos flexibles (FSA y FSA para el cuidado de dependientes)
- Beyond Med - membresía de bienestar



BIENESTAR FINANCIERO

- Seguro de vida básico y Seguro de muerte y desmembramiento (AD&D)
- Seguro de vida a cargo del empleador
- Seguro de discapacidad a corto/largo plazo a cargo del empleador
- Seguro de robo de identidad
- Grupo asesor SageView
- Life & Long Term Care - seguro de vida y cuidados a largo plazo



JUBILACIÓN Y ESTILO DE VIDA

- 401(k) con contribución de la Compañía
- Seguro legal
- Atención de apoyo
- Motivity Care
- Programa de asistencia para empleados
- Seguro para mascotas

ELEGIBILIDAD DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO Y PAUTAS

El “año del plan” del seguro colectivo de The Breakers va del 1 de septiembre al 31 de agosto.

Los miembros del equipo que reúnan los requisitos para recibir beneficios tienen la oportunidad de inscribirse en el programa de beneficios patrocinado por la compañía The Breakers durante sus primeros 60 días de empleo, un acontecimiento calificador de vida y la Inscripción abierta anual.

Los miembros del equipo a tiempo completo que trabajen treinta (30) horas semanales o más reúnen los requisitos. Para seguir cumpliendo los requisitos, se requiere un promedio de treinta (30) horas semanales o más durante nuestro período anual de medición de horas trabajadas de 12 meses. Contamos todas las horas por las que se le paga, incluida la licencia pagada y el tiempo libre remunerado (personal, reserva médica, vacaciones y VTO). Si desea más información sobre la medición de las horas trabajadas durante 12 meses, póngase en contacto con el equipo de beneficios.

Los miembros del equipo a tiempo parcial y de guardia pueden consultar la Guía de beneficios a tiempo parcial/de guardia para revisar los beneficios disponibles para la inscripción después de completar 1.040 horas en el período de medición.

CONSEJO: Es importante inscribirse antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura. Se recomienda seleccionar los beneficios en los primeros 30 días de empleo.

ENROLLMENT INSTRUCTIONS

Como miembro del equipo a tiempo completo de Breakers, usted reúne los requisitos para recibir los beneficios del seguro el primer día del mes siguiente a los 60 días de empleo o cambio de estado.

Inicie sesión en nuestra plataforma de inscripción de autoservicio, SmartBen, para completar su inscripción.



Inicie sesión en thebreakers.wl.alight.com

A. Nombre de usuario: Su identificación de miembro del equipo (P. ej.: 123456)

B. Contraseña: 8 dígitos de la fecha de nacimiento en el formato mmddaaaa (P. ej.: 05021997)

ELEGIBILIDAD DE LOS DEPENDIENTES

Se considera dependiente al cónyuge legal del miembro del equipo o a un hijo soltero dependiente del miembro del equipo o de su cónyuge. Los hijos dependientes estarán cubiertos hasta el final del mes en que cumplan 26 años. Se entiende por hijo dependiente:

- Un hijo natural
- Un hijastro
- Un hijo adoptado legalmente
- Un hijo en adopción
- Un hijo cuya tutela legal haya sido otorgada al miembro del equipo cubierto o a su cónyuge
- Los hijos solteros de cualquier edad que queden discapacitados mental o físicamente antes de alcanzar la edad límite

PRUEBA DE ELEGIBILIDAD DE DEPENDIENTES

Si va a inscribir a su cónyuge o a sus hijos en alguno de sus planes, le solicitamos que presente una prueba de parentesco (por ejemplo, certificado de nacimiento, certificado de matrimonio o declaración de la renta del año anterior) junto con las fechas de nacimiento y los números de la seguridad social de cada miembro de la familia.

RECORDATORIO PARA BENEFICIARIOS

Los miembros del equipo a tiempo completo deben añadir la información de contacto del beneficiario para el seguro de vida básico y la cobertura por muerte accidental y desmembramiento que se proporciona sin costo alguno para usted.

VERIFICACIÓN DE ELECCIONES

Después de inscribirse en el programa de beneficios patrocinado por la compañía The Breakers, es su responsabilidad verificar en el portal de ADP que los beneficios que eligió estén incluidos y que se deduzca el monto correcto de su salario. Cualquier corrección debe hacerse dentro de los primeros 30 días de la inscripción.

CAMBIOS EN LA INSCRIPCIÓN: ACONTECIMIENTO CALIFICADOR

Las elecciones de cobertura realizadas durante la inscripción abierta no pueden modificarse hasta el siguiente período anual de inscripción abierta.

La única excepción a esta regla de la Sección 125 del IRS es si usted experimenta un “acontecimiento calificador”. Un acontecimiento calificador le permite modificar sus elecciones de beneficios dentro de los 30 días siguientes al acontecimiento.

Algunos ejemplos de acontecimientos calificadores son, entre otros:

- Matrimonio
- Divorcio
- Nacimiento, adopción o custodia legal de un hijo dependiente
- Pérdida involuntaria de otra cobertura de seguro colectivo
- Muerte
- Inscripción abierta del cónyuge

Si experimenta un acontecimiento calificador que le permita o exija realizar un cambio de situación, deberá ponerse en contacto con el Departamento de beneficios en un plazo de 30 días a partir del acontecimiento para realizar cambios en sus elecciones de beneficios.

Tenga en cuenta que esta guía *solo* le proporciona un resumen general de los beneficios disponibles para usted y sus dependientes elegibles. Consulte la descripción resumida del plan, el resumen médico de prestaciones y cobertura, los resúmenes de la compañía aseguradora y los certificados de cobertura para obtener descripciones y disposiciones detalladas de la cobertura, que se encuentran en thebreakers.wl.alight.com.

INSTRUCCIONES PARA LA INSCRIPCIÓN

Pasos para completar su inscripción si usted es un nuevo miembro del equipo, experimenta un acontecimiento calificador de vida o durante la inscripción abierta anual

PASO 1

Inicie sesión en thebreakers.wl.alight.com

- A. Nombre de usuario: Su identificación de miembro del equipo (P. ej.: 123456)
- B. Contraseña: 8 dígitos de la fecha de nacimiento en el formato mmddaaaa (P. ej.: 05021997)

PASO 2

Una vez que haya iniciado sesión, puede comenzar su inscripción

- A. Seleccione Iniciar inscripción (nueva contratación, inscripción abierta anual o acontecimiento calificador de vida).
- B. En el caso de un Acontecimiento calificador, seleccione Iniciar inscripción y luego elija el tipo de acontecimiento que corresponda a su cambio (por ejemplo: cambio de situación, matrimonio, nacimiento de un hijo, etc.).

PASO 3

Revise y elija los beneficios

- A. Revise sus opciones de inscripción y elija sus beneficios
- B. Para inscribirse, realizar cambios o renunciar a la cobertura, haga clic en un beneficio

Inscripción de un cónyuge o un dependiente

Si va a inscribir a un cónyuge o a una persona dependiente en la cobertura, seleccione Gestionar personas para añadir registros de dependientes para la inscripción. El Gestor de personas es donde se almacena su información personal, de cónyuges/dependientes y de beneficiarios.

- **Empleado:** Revise su información personal y actualícela si es necesario.
- **Cónyuge/Dependiente:** Seleccione Agregar un cónyuge o Agregar un dependiente para agregar la información de su cónyuge o dependientes si los está inscribiendo en un plan de beneficios. Haga clic en Guardar cuando haya terminado.
- **Beneficiario:** Si reúne las condiciones para la cobertura de vida/AD&D básica o la cobertura de vida/AD&D complementaria a plazo fijo, seleccione Añadir un beneficiario. Haga clic en Guardar cuando haya terminado.

Nota: Añadir registros de cónyuge/dependiente/beneficiario a esta sección NO los asigna a la cobertura aplicable. Una vez añadidos todos los registros, seleccione **Continuar**.

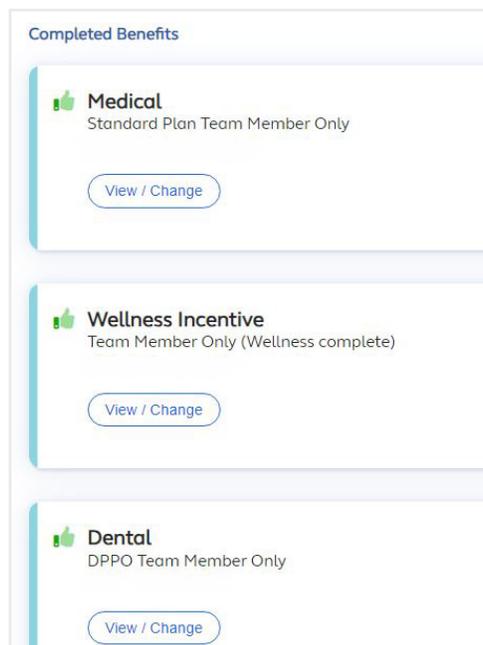
Una vez que haya elegido un beneficio, seleccione si está añadiendo cónyuge, hijos o plan familiar en Quién está cubierto

- A. Esto actualizará las opciones del plan al nivel apropiado de cobertura.
- B. Cuando haya decidido el plan y el nivel de cobertura que desea, aga clic en Seleccionar en el plan correspondiente.
- C. La opción se volverá verde y podrá seleccionar Continuar.
- D. En función del nivel de cobertura seleccionado, es posible que deba asignar un cónyuge/dependiente/beneficiario. Para ello, seleccione la casilla junto a cada registro aplicable que deba inscribirse en la cobertura.
- E. Una vez actualizados todos los requisitos del beneficio, seleccione Continuar.

PASO 4

Una vez completadas todas las elecciones, cada beneficio tendrá una luz verde. Para finalizar sus elecciones, seleccione Continuar en la página de Gestión de beneficios.

- A. Revise sus Beneficios elegidos para confirmar que cada uno está ilustrado como se esperaba
 - Si es necesario realizar cambios, seleccione Volver a las luces.
 - Si todo está reflejado correctamente, complete su Acuerdo requerido y seleccione Completar inscripción.
 - Seleccione Renunciar a los beneficios en los que no desea inscribirse.
 - Seleccione Documentos requeridos para cargar la documentación de soporte para añadir un cónyuge o dependiente.
- B. Sigüentes pasos
 - Recibirá un aviso de que su inscripción se ha completado correctamente.
 - A continuación, puede imprimir la página de confirmación para su archivo.





APLICACIÓN SMARTBEN NOW

La aplicación le permite acceder a información actualizada sobre sus beneficios proporcionados por The Breakers, manteniéndole conectado a sus beneficios cuando y donde lo necesite.

SmartBen NOW le brinda:

- Acceso a la información de beneficios en cualquier lugar
- Saldos y contribuciones actuales
- Acceso con un solo toque a portales de beneficios en movimiento
- Estado actual de los deducibles y los saldos de desembolso de bolsillo
- Fácil acceso a todas sus tarjetas de identificación desde un solo lugar
- Disponible para dispositivos Apple o Android

Inicio de sesión en SmartBen NOW

Una vez que se haya instalado, abra SmartBen NOW en su dispositivo móvil. Ingrese su nombre de usuario y contraseña.



Nombre de usuario: Su identificación de miembro del equipo
(P. ej.: 123456)

Contraseña: 8 dígitos de la fecha de nacimiento en el formato mmddaaaa
(P. ej.: 05021997)



DEDUCCIONES MÉDICAS QUINCENALES EN LA NÓMINA (ANTES DE IMPUESTOS)

Con ahorros de incentivos por bienestar ganados

COBERTURA MÉDICA	PLAN STANDARD DEDUCIBLE MAYOR	PLAN DELUXE DEDUCIBLE MENOR	PLAN CHOICE
Solo para miembros del equipo	\$76	\$100	\$161
Miembro del equipo + cónyuge	\$303	\$365	\$491
Miembro del equipo + hijo(s)	\$256	\$319	\$448
Miembro del equipo + familia	\$310	\$382	\$517

Sin ahorros obtenidos por incentivos de bienestar (Miembro del equipo O cónyuge)

COBERTURA MÉDICA	PLAN STANDARD DEDUCIBLE MAYOR	PLAN DELUXE DEDUCIBLE MENOR	PLAN CHOICE
Solo para miembros del equipo	\$99.08	\$123.08	\$184.08
Miembro del equipo + cónyuge	\$326.08	\$379.08	\$514.08
Miembro del equipo + hijo(s)	\$279.08	\$342.08	\$471.08
Miembro del equipo + familia	\$333.08	\$405.08	\$540.08

Sin ahorros obtenidos por incentivos de bienestar (Miembro del equipo Y cónyuge)

COBERTURA MÉDICA	PLAN STANDARD DEDUCIBLE MAYOR	PLAN DELUXE DEDUCIBLE MENOR	PLAN CHOICE
Miembro del equipo + cónyuge	\$349.15	\$411.15	\$537.15
Miembro del equipo + familia	\$356.15	\$428.15	\$563.15

DEDUCCIONES DE LA NÓMINA QUINCENALES DENTALES (ANTES DE IMPUESTOS)

COBERTURA DENTAL	PLAN DHMO	PLAN PPO
Solo para miembros del equipo	\$6.76	\$23.20
Miembro del equipo + uno	\$12.02	\$46.40
Miembro del equipo + dos o más	\$18.58	\$69.61

DEDUCCIONES QUINCENALES EN LA NÓMINA CORRESPONDIENTES A LA VISIÓN (ANTES DE IMPUESTOS) DEDUCTIONS (PRETAX)

VISION COVERAGE	PLAN BÁSICO	PLAN MEJORADO
Solo para miembros del equipo	\$1.86	\$3.00
Miembro del equipo + cónyuge	\$3.73	\$6.01
Miembro del equipo + hijo(s)	\$3.99	\$6.43
Miembro del equipo + familia	\$6.38	\$10.27

SEGURO MÉDICO

The Breakers ofrece tres opciones de planes a través de Blue Cross Blue Shield of Florida. Los planes que se ofrecen son:

STANDARD SOLO DENTRO DE LA RED	DELUXE SOLO DENTRO DE LA RED	CHOICE PLAN DENTRO O FUERA DE LA RED
--	--	--

Los planes Standard y Deluxe son planes solo dentro de la red; sin embargo, los tres planes son de acceso abierto y no requieren que seleccione un médico de atención primaria (PCP) ni que obtenga una derivación para buscar atención de especialistas contratados.

El plan Choice proporciona beneficios cuando busca atención de proveedores fuera de la red. Si bien tiene la flexibilidad de buscar atención de proveedores no contratados, sus beneficios se reducirán y pueden estar sujetos a facturación de saldos por montos superiores a los cargos reconocidos por Blue Cross Blue Shield of Florida. Usted recibirá los máximos niveles de beneficios cuando utilice los proveedores preferidos de Blue Cross Blue Shield of Florida.

EXPLICACIÓN DEL DEDUCIBLE DEL AÑO DEL PLAN Y DEL DESEMBOLSO MÁXIMO DE BOLSILLO DEL AÑO DEL PLAN

Deducible del año del plan

El Deducible por año del plan es una cantidad específica en dólares que usted debe pagar por determinados servicios cubiertos por año del plan. Existen deducibles individuales y familiares. Una vez satisfecho el deducible individual o familiar, se aplica el coseguro, si corresponde. El coseguro es la parte que le corresponde pagar de los costos de un servicio de atención médica. Es la cantidad que paga el afiliado una vez alcanzado el deducible.

Desembolso máximo de bolsillo por año del plan

El Desembolso máximo de bolsillo por año del plan es la cantidad de gastos cubiertos (incluidos el deducible, el coseguro y los copagos, y copagos de farmacia) que debe pagar usted, ya sea individualmente o en conjunto como familia cubierta.

Una vez que se haya alcanzado el desembolso máximo de bolsillo individual/familiar en un año del plan, el pago de los servicios cubiertos dentro de la red que requieran copago y coseguro para esa persona/familia cubierta será pagadero por Blue Cross Blue Shield of Florida a una tasa del 100% por el resto del año del plan, sujeto a cualquier otro término, limitación y exclusión.

Encargado de Blue Cross Blue Shield

The Breakers proporciona un encargado dedicado a ayudarle a elegir el plan correcto para usted y su familia, resolver cuestiones de reclamos médicos, encontrar un proveedor dentro de la red, y responder cualquier pregunta que pueda tener.



COMUNÍQUESE CON DENNIS ASHWOOD

Horario disponible: Lunes, Miércoles, Jueves

Horario: 8 AM a 4:30 PM

Teléfono: (786) 459-8813

Correo electrónico: dennis.ashwood@bcbsfl.com

COMPARACIÓN DE PLANES

NOMBRE DEL PLAN	PLAN STANDARD MAYOR DEDUCIBLE	PLAN DELUXE MENOR DEDUCIBLE	PLAN CHOICE	
			Dentro de la red	Fuera de la red**
Acceso a la red	Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red	Fuera de la red**
Deducibles del año del plan (PYD)*	Su responsabilidad	Su responsabilidad	Su responsabilidad	
Individual	\$1,500 [‡]	\$1,000 [‡]	\$1,000 [‡]	\$1,500 [‡]
Familiar	\$3,000 [‡]	\$2,000 [‡]	\$2,000 [‡]	\$3,000 [‡]
Desembolso máximo de bolsillo por año del plan				
Individual	\$4,500	\$3,500	\$2,500	\$4,000
Familiar	\$9,000	\$7,000	\$5,000	\$8,000
Beneficio máximo de por vida	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado	
Servicios en consultorio médico				
Visitas al consultorio del médico de atención primaria (PCP)	Copago de \$30	Copago de \$25	Copago de \$25	30% después del PYD**
Teladoc (incluye salud mental)	Sin costos	Sin costos	Sin costos	Sin costos
Visitas al consultorio de especialista	Copago de \$50	Copago de \$40	Copago de \$30	30% después del PYD**
Atención preventiva (Atención primaria/Especialista)	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo Copago	30% después del PYD**
Atención práctica (Minute Clinic)	Copago de \$10	Copago de \$10	de \$10	30% después del PYD**
Atención de urgencia y sala de emergencias				
Centro de atención de urgencias	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100	30% después del PYD**
Servicios del centro de emergencias (Exento si está internado)	Copago de \$400	Copago de \$300	\$250 Copay	
Servicios de diagnóstico				
Laboratorio independiente/Radiografía independiente	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	30% después del PYD**
MRI, CT Scan, PET Scan +	Copago de \$300	Copago de \$250	Copago de \$150	30% después del PYD**
Colonoscopia/Mamografía de diagnóstico	Copago de \$250	Copago de \$250	Copago de \$250	30% después del PYD**
Servicios hospitalarios/del centro				
Hospitalización	20% After PYD*	10% After PYD*	10% After PYD*	30% después del PYD**
Hospital ambulatorio/centro quirúrgico	20% After PYD*	10% After PYD*	10% After PYD*	30% después del PYD**
Servicios de farmacia				
Nivel 1	Copago de \$10	Copago de \$10	Copago de \$10	No cubierto
Nivel 2	Copago de \$40	Copago de \$35	Copago de \$30	
Nivel 3/Nivel 4 *Radiografía calificada Copago de \$0	Copago de \$70	Copago de \$60	Copago de \$55	

*Se debe alcanzar el PYD (Deducible del año del plan) antes de que se apliquen los coseguros.

**Los beneficios fuera de la red están sujetos a la Facturación de saldos por cargos superiores al programa de reembolso de la compañía.

‡ PYD - aplicable solo a centros hospitalarios y atención al paciente.

*Los medicamentos calificados tendrán un copago de \$0 a través del Programa de copago variable.

+ Resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones

VENTAJAS PARA LOS MIEMBROS A TRAVÉS DE BLUE CROSS BLUE SHIELD

DESCUENTOS PARA USTED - BLUE365

Los miembros del equipo inscritos en el plan médico tienen acceso a descuentos exclusivos en una variedad de productos y servicios. Visite myhealthtoolkitfl.com y seleccione la pestaña Descuentos para miembros.

				
APTITUD FÍSICA	CUIDADO PERSONAL	ESTILO DE VIDA	ALIMENTACIÓN SALUDABLE	AUDICIÓN Y VISIÓN
Suscripciones a gimnasios	Alivio de alergias	Clubs de viajes	Programas de pérdida de peso	Audífonos
Dispositivos portátiles de aptitud física	Acupuntura	Paquetes vacacionales	Libros de cocina y recetas	Cirugía ocular Lasik
Ropa deportiva	Servicios quiroprácticos	Cuidado de mascotas	Clases de cocina en línea	Gafas
Suscripciones a revistas	Terapia de masajes			
Inscripción en carreras de obstáculos y 5 km	Restauración del cabello			
Equipos de aptitud física para el hogar	Blanqueamiento dental			
Vitaminas y suplementos nutricionales Supplements				

ASESORÍA DE ENFERMERÍA 24 HORAS

Cuando necesite asesoramiento sobre atención médica de inmediato, llame al número gratuito de Asesoría de enfermería 24 horas al (866)-323-0664. Este servicio puede ayudarle a evitar preocupaciones innecesarias, gastos de bolsillo y horas de espera en una sala de urgencias.

Cuando llame, una enfermera diplomada le ayudará a decidir:

- Si puede solucionar el problema en casa.
- Si necesita ver a su médico
- Si es seguro esperar o si necesita ayuda de inmediato
- Qué debe tener en cuenta si no necesita atención inmediata.

También puede consultar a la enfermera sobre:

- Preguntas que olvidó hacer a su médico
- La información médica más reciente
- Cómo tomar decisiones importantes sobre su atención médica
- Sus medicamentos u otros tratamientos

ESSENTIAL ADVOCATE

El sistema de atención médica puede parecer confuso cuando se trata de obtener información confiable. Por ello, ofrecemos Essential Advocate como servicio gratuito de su plan de salud.

Llame a Essential Advocate al (888) 521-2583 en cualquier momento del día, cualquier día de la semana. Un coordinador de atención le pondrá en contacto con una enfermera diplomada u otro experto que pueda proporcionarle información, apoyo o consejos de salud. Por ejemplo, puede obtener ayuda en relación con lo siguiente:

- Inquietudes sobre medicamentos y efectos secundarios
- Cómo encontrar un médico, especialista o centro de urgencias
- Cómo concertar una cita con su médico
- Cómo comparar costos antes de programar un tratamiento médico
- Cómo prepararse para una cirugía y tomar medidas para una recuperación saludable
- Cómo localizar programas y recursos útiles en su comunidad

MY HEALTH TOOLKIT—BLUE CROSS BLUE SHIELD

My Health Toolkit es el lugar centralizado donde encontrará respuestas sobre su atención médica, ¡personalizadas para usted! Contiene todo lo que necesita para comprender la cobertura de su plan de salud y gestionar sus beneficios. Todos los afiliados mayores de 16 años, incluidos los cónyuges y dependientes, deben registrarse para obtener una cuenta. Es fácil registrarse y es gratis.

Puede localizar a un médico participante de Blue Cross Blue Shield of Florida comunicándose con el Departamento de Servicios para Miembros de Blue Cross Blue Shield of Florida o ingresando directamente a su sitio web: myhealthtoolkitfl.com. Ingrese los primeros tres caracteres de su identificación de miembro (TBY) para buscar proveedores dentro de su plan.

My Health Toolkit puede ayudarle a:

- Obtener más información sobre su cobertura
- Consultar los reclamos médicos
- Consultar su historial médico
- Reemplazar su tarjeta de afiliación
- Buscar un médico u

Regístrese en unos pocos clics:

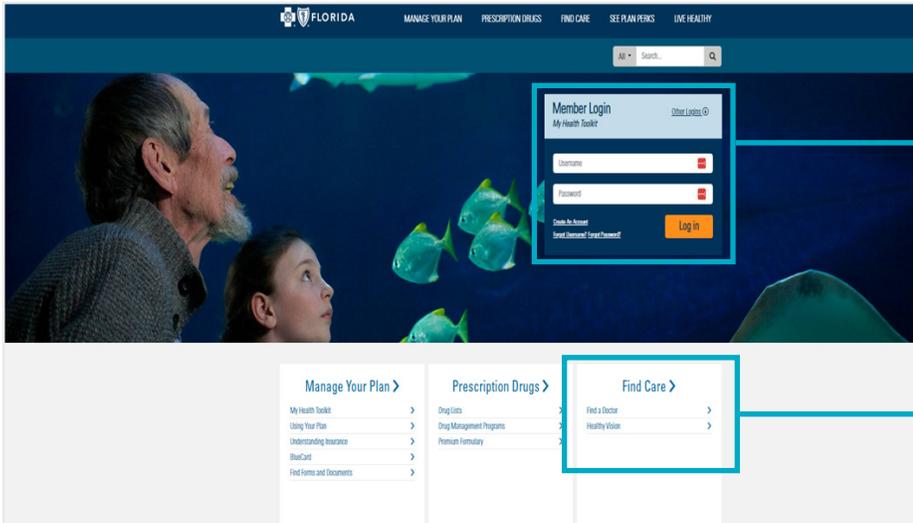
1. Visite myhealthtoolkitfl.com
2. Haga clic en el botón Registrarse ahora situado en la parte derecha de la página
3. Introduzca su número de identificación de afiliado que figura en su tarjeta de afiliado
4. Siga las instrucciones para Crear su perfil

Archivos legibles por máquina: <https://member.myhealthtoolkitfl.com/web/public/fl/>

Este enlace conduce a los archivos legibles por máquina que se ponen a disposición en respuesta a la Norma federal de transparencia en la cobertura e incluye las tarifas de servicios negociadas y los importes permitidos fuera de la red entre los planes de salud y los proveedores de atención médica. Los archivos legibles por máquina tienen un formato que permite a investigadores, reguladores y desarrolladores de aplicaciones acceder a los datos y analizarlos más fácilmente.

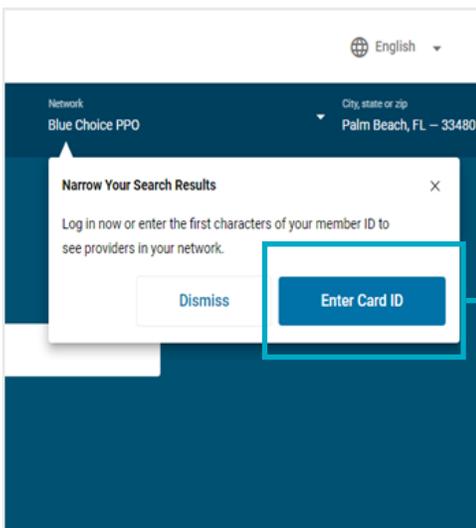
BÚSQUEDA DE PROVEEDORES MÉDICOS DE BLUE CROSS BLUE SHIELD OF FLORIDA

Para encontrar proveedores participantes, hospitales y otros, visite: myhealthtoolkitfl.com



Haga clic en Ingresar o Crear una cuenta

Haga clic en Buscar un proveedor

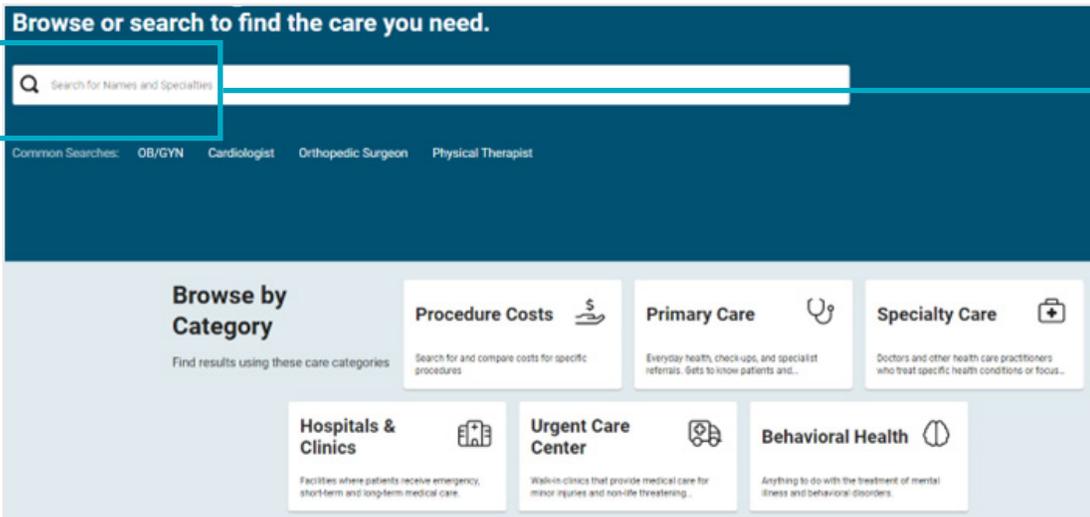


Introduzca su número de identificación de afiliado o inicie sesión en su cuenta.

Enter the **first 3 characters** of your member ID number found on your insurance card for **care options in your network**.

		Plan Name	ALPHA
		Employer Group	
Member Name	Dependents		
John Doe	John Doe		
Member ID	Robbie Doe		
XYZ123456789	Billy Doe		
Member No.	023457	Plan	PPO
BIN	987654	Office Visit	\$15
Benefit Plan	HIOPT	Specialist Copay	\$15
Effective Date	00/00/00	Emergency	\$75
		Deductible	\$50

Rx



En la pantalla de Búsqueda de proveedores, puede buscar por proveedor, servicio, afección o categoría.

CONSEJO: Asegúrese de que su ubicación esté configurada en la zona correcta.

INFÓRMESE ANTES DE IR

Elegir el tipo de atención adecuado para una situación médica puede ser difícil y confuso. Comprender los distintos niveles de atención y cuándo utilizar cada uno de ellos puede ayudarle a ahorrar tiempo y dinero, y a estar tranquilo.

Si necesita ayuda para determinar dónde buscar atención, no dude en ponerse en contacto con nuestro Encargado de Blue Cross Blue Shield, Dennis Ashwood.

	TYPE OF FACILITY	AVERAGE COST	EXAMPLES OF HEALTH ISSUES
	<p>TELADOC</p> <p>Proporciona acceso a la atención médica las 24 horas del día, los 7 días de la semana, cuando su médico de atención primaria o el pediatra de su hijo no puede atenderle de inmediato. Los médicos están disponibles para tratar enfermedades no urgentes a través de la web, el teléfono o la aplicación móvil.</p>	GRATIS	<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones sinusales • Resfrió y gripe • Tos/dolor de garganta • Asesoramiento de salud mental • Erupción cutánea • Alergias • Dolor de estómago • Náuseas
	<p>CLÍNICA DE ATENCIÓN PRÁCTICA</p> <p>Se brinda tratamiento a inquietudes médicas menores. Personal ubicado en tiendas minoristas y farmacias. Suelen abrir por la noche y los fines de semana.</p> <p></p>	\$	<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones • Resfrió o gripe • Lesiones o dolores menores • Inyecciones • Vacuna contra la gripe • Dolor de garganta o faringitis estreptocócica • Problemas cutáneos • Alergias
	<p>EL CONSULTORIO DE SU MÉDICO</p> <p>El mejor lugar al que acudir para cuidados de rutina o preventivos, para llevar un control de los medicamentos</p>	\$	<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre, resfriós o gripe • Dolor de garganta • Erupción cutánea • Quemaduras leves • Dolor de oído o sinusitis • Atención preventiva • Inyecciones • Reacciones alérgicas leves
	<p>VISITAS VIRTUALES</p> <p>Lo mejor para dolencias habituales; le permite ver y hablar con un médico desde la comodidad de su casa u oficina sin necesidad de cita previa.</p>	\$	<ul style="list-style-type: none"> • Alergias • Resfrió y gripe • Náuseas • Dolor de estómago • Infecciones sinusales • Asma • Conjuntivitis aguda • Dolores de cabeza
	<p>CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS</p> <p>Para enfermedades que no ponen en peligro la vida. Están atendidos por enfermeras y médicos y suelen tener un horario amplio.</p>	\$\$	<ul style="list-style-type: none"> • Migrañas o dolores de cabeza • Cortes (que necesitan puntos) • Dolor abdominal • Esguinces o torceduras • Infección urinaria • Mordeduras de animales • Dolor de espalda • Dolor articular
	<p>SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS</p> <p>Para el tratamiento inmediato de lesiones o enfermedades graves. Si una situación parece poner en peligro la vida, llame al 911 o acuda a la sala de urgencias más cercana.</p>	\$\$\$	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor torácico, derrame cerebral • Convulsiones • Lesiones en la cabeza o el cuello • Entumecimiento repentino • Desmayos, mareos • Hemorragias no controladas • Problemas respiratorios • Huesos rotos

BENEFICIOS

TELADOC

Teladoc le da acceso las 24 horas, los 7 días de la semana de todo el año a un médico certificado por la junta médica a través de la comodidad de una llamada telefónica o una video llamada. Se trata de un servicio gratuito con un copago de \$0 para los miembros del equipo inscritos en nuestro plan médico. Tome su tarjeta de seguro y visite teladoc.com o llame al (866) 789-8155 para configurar su cuenta.



- Acceso 24 horas al día, 7 días a la semana, por teléfono o vídeo, a médicos colegiados en EE. UU.
- Los médicos diagnostican, tratan y recetan medicamentos cuando es necesario
- Atención de calidad desde cualquier lugar

Teladoc puede ayudarle con:

- Síntomas de resfrío y gripe
- Alergias
- Bronquitis
- Infección urinaria
- Infecciones respiratorias
- Problemas de los senos paranasales
- Inquietudes dermatológicas
- Asesoramiento en salud mental
- ¡Y más!

ASESORAMIENTO NUTRICIONAL PERSONALIZADO TELADOC

Los miembros del equipo inscritos en nuestro plan médico pueden trabajar con un dietista titulado para recibir asesoramiento nutricional personalizado, incluidos planes de comidas personalizados y guías de compra. ¡Todo por un copago de \$0!



Los dietistas de Teladoc pueden ayudarle con:

- Pérdida de peso
- Alergias alimentarias
- Problemas digestivos
- Dietas para embarazadas
- Diabetes
- Hipertensión arterial
- Planificación de comidas
- Nutrición pediátrica
- Creación de hábitos saludables
- Y más

ASESORAMIENTO NUTRICIONAL TELADOC

- Obtenga un plan de dieta personalizado para satisfacer sus necesidades de salud
- Programe su visita los 7 días de la semana (de 7 AM a 9 PM, hora local)
- Hable con un dietista titulado desde cualquier lugar

¡TELADOC & TELADOC COUNSELING TIENEN UN COPAGO DE \$0!

THE BREAKERS WELLNESS CLINIC OPERADA POR MARQUEE HEALTH

Disponible para los miembros del equipo y sus cónyuges en el plan de salud de The Breakers, sin costo alguno:

- Exámenes biométricos
- Coaching de bienestar y estilo de vida: presencial, telefónico o en línea

Ofrecido periódicamente a los miembros elegibles del equipo:

- My Wellness Journey con Dr. Finley.

Un curso integral basado en investigaciones que promueve el bienestar general y un estilo de vida.

WELLNESS CLINIC OPERACIONES

Ubicación: 40 Coconut Row, Palm Beach, FL 33480

Horario: Lunes a viernes | 8 AM - 4:30 PM

Phone: (561) 650-6976 Ext. 6976

Email: thebreakerswellnessclinic@mywellportal.com



CONTACTO CHAD PIERRE

Entrenador de bienestar de marquesina

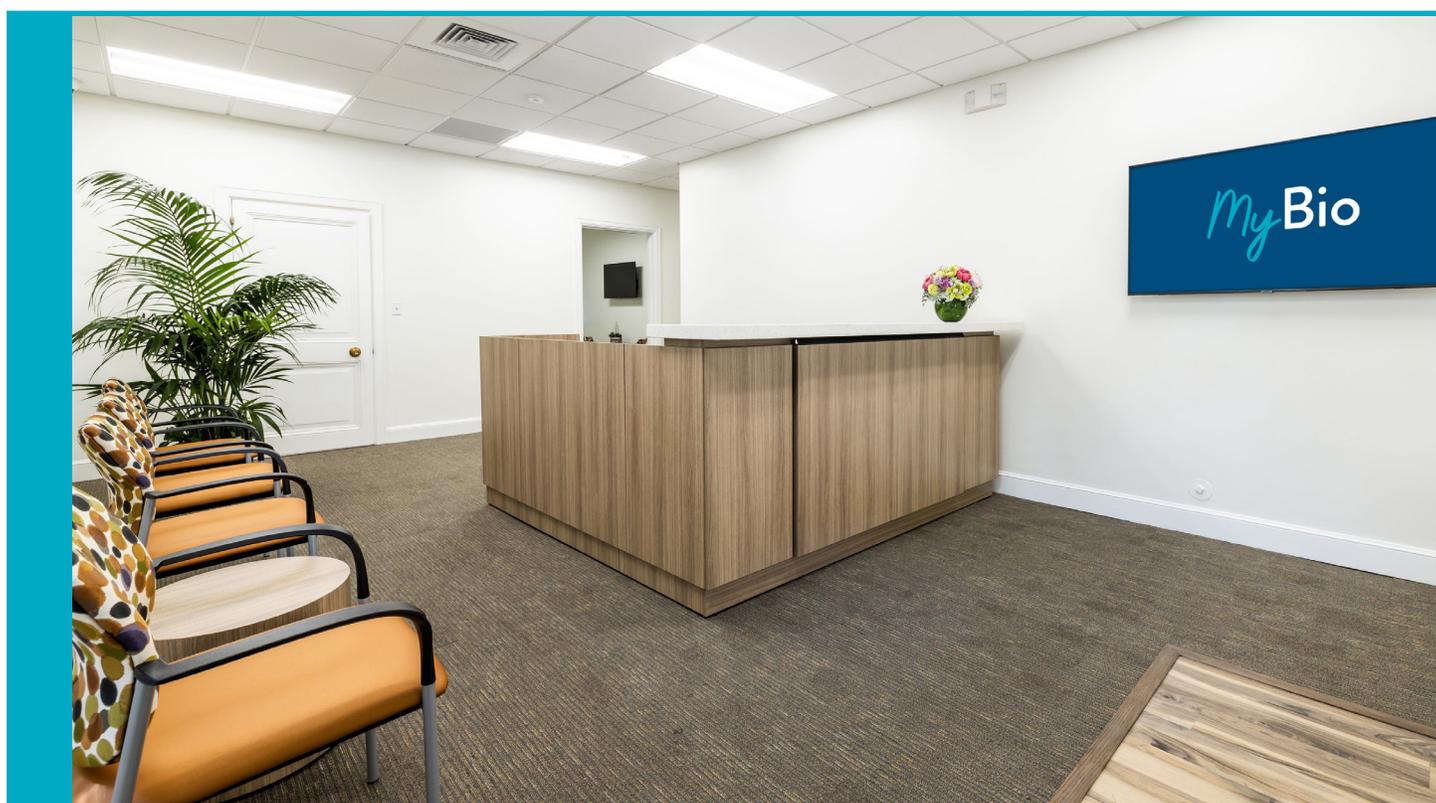
Eventos semanales de detección biométrica y salud personalizada uno a uno

Teléfono: (561) 650-6976

Correo Electrónico: cpierre@marqueehealth.com

ONSPOT DERTMATOLOGY

Atención dermatológica móvil presencial sin deducibles ni copagos. Exámenes de bienestar, diagnóstico y tratamiento de la piel. condiciones. Se ofrece periódicamente durante todo el año.



INCENTIVO DE BIENESTAR

Se recomienda encarecidamente a los miembros del equipo y a sus cónyuges inscritos en el plan de salud de The Breakers que participen en el Incentivo de bienestar. La realización de un examen biométrico es lo único que se requiere para ganar el incentivo de ahorro monetario.

- ¿Por qué realizar el examen? Conocer los principales valores de sus parámetros de salud puede proteger su salud, indicar su riesgo de padecer determinadas afecciones médicas y propiciar la adopción de medidas adecuadas para reducir las probabilidades de padecer cardiopatías, diabetes y otras enfermedades graves.
- ¿Cuándo realizar el examen? Una vez que se haya inscrito en el seguro médico de The Breakers.
- Los miembros del equipo y sus cónyuges inscritos en el plan médico The Breakers pueden ahorrar \$600 cada uno en la prima anual de su plan de seguro realizando un sencillo paso: un examen biométrico.
- Para los miembros del equipo actualmente en el plan médico, los exámenes completados entre el 1 de septiembre de 2024 y el 30 de junio de 2025 son elegibles para obtener el ahorro para el año del plan que comienza el 1 de septiembre de 2025.
- Los miembros del equipo (y cónyuges) nuevos en el plan pueden programar un examen biométrico una vez que se haya completado su inscripción en SmartBen.
- El examen no tiene costo para el miembro del equipo ni su cónyuge.
- Marquee Health gestiona toda la información médica personal, incluidos los resultados de los exámenes, a través de un registro médico electrónico y un portal que cumple con la HIPAA.
- Ninguna información personal de salud del individuo será compartida con The Breakers.
- Los resultados de laboratorio serán compartidos confidencialmente con el miembro del equipo o cónyuge por Marquee Health.
- Un examen biométrico incluye mediciones de altura, peso, circunferencia de la cintura, presión arterial, glucosa (en ayunas), triglicéridos y colesterol.
- Para obtener más información sobre los resultados de su examen biométrico y el bienestar general, se ofrece capacitación sobre la salud sin costo alguno por el equipo de Salud Marquee Health en Wellness Clinic.

Se ofrecen tres opciones para llevar a cabo el examen que incluyen:

WELLNESS CLINIC EN 40 COCOANUT ROW UN EXAMEN BIOMÉTRICO	LABCORP CERCA DE SU HOGAR SE REQUIERE UN PEDIDO DE LABORATORIO DE LA CLÍNICA	SU PRIMARIA MÉDICO (PCP) Complete un formulario que documente su pantalla entre el 1 de julio de 2024 y el 30 de junio de 2025. Contacto con la clínica para más detalles.
--	--	--

Para concertar citas, solicitar pruebas de laboratorio para Quest y obtener información general, visite: thebreakers.com/wellnessclinic or email thebreakerswellnessclinic@mywellportal.com

- Las siguientes son las únicas tres opciones de exámenes. Esto asegura que todos los formularios de laboratorio estén codificados para Premier Health, por lo que todos los resultados se dirigen directamente a su portal seguro para la exactitud.
- No se aceptan los resultados de laboratorio a través de ninguna otra fuente.



¿ Tiene preguntas o necesita ayuda para programar?
Llame a The Breakers Wellness Clinic en la extensión 6976 o (561) 650-6976.

SEGURO DENTAL

The Breakers proporciona seguro dental a través de Cigna. Puede elegir entre un plan DHMO o PPO. El plan DHMO ofrece cobertura solo dentro de la red y requiere que seleccione un dentista de atención primaria. El plan PPO tiene tres niveles de atención: Dentistas contratados de PPO Advantage, dentistas contratados de PPO y cobertura Fuera de la red (dentistas no contratados).

DHMO DENTRO DE LA RED	PPO DENTRO O FUERA DE LA RED
---------------------------------	--

El siguiente cuadro destaca las ventajas de estos tres niveles. Si elige un dentista fuera de la red PPO de Cigna, sus gastos de bolsillo serán más elevados y es posible que se le aplique una “facturación de saldo” por los honorarios del proveedor que superen los honorarios contratados o los honorarios habituales y razonables (UCR) permitidos por el contrato de Cigna. Para localizar a los proveedores dentales participantes (dentro de la red), visite el sitio web de Cigna.

Si está afiliado al plan PPO, solo tiene que informar a su dentista que está cubierto por Cigna. No es necesaria una tarjeta de identificación de afiliado. Si desea una tarjeta, puede descargar la aplicación o ir al sitio web seguro para miembros de Cigna.

Tenga en cuenta: PPO: los beneficios máximos se basan en un año del plan. Los beneficios están sujetos a un Programa de tarifas, que se encuentra en SmartBen.

ACCESO A LA RED	PLAN 1	PLAN 2		
	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED
Tipo de plan/Diseño	DHMO	PPO Advantage	PPO	PPO
Red	Cigna Dental Care	Cigna Dental PPO		
Beneficios máximos del año del plan	Ninguno		\$2,000	
	Su responsabilidad	Su responsabilidad		
Deducible individual	Ninguno	\$25	\$50	\$50
Deducible familiar	Ninguno	\$75	\$150	\$150
Descripción dental				
Preventivo-Clase I		Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo*
Básica-Clase II		10% después del PYD	20% después del PYD	20% después del PYD*
Principal-Clase II		40% después del PYD	50% después del PYD	50% después del PYD*
Exámenes de rutina - 9430		Sin cargo	Sin cargo	No Charge*
Limpieza dental (cada 6 meses) - 1110		Sin cargo	Sin cargo	No Charge*
Radiografías bucales completas/panorámicas - 0330	Programa de tarifas**	Sin cargo	Sin cargo	No Charge*
Empastes- 2140		10% después del PYD	20% después del PYD	20% después del PYD*
Endodoncia - 3330		10% después del PYD	20% después del PYD	20% después del PYD*
Raspado periodontal - 4341		10% después del PYD	20% después del PYD	20% después del PYD*
Incrustraciones y recubrimientos - 6600 / 6608		40% después del PYD	50% después del PYD	50% después del PYD*
Dentaduras postizas completas o parciales - 5110		40% después del PYD	50% después del PYD	50% después del PYD*
Coronas - 6750		40% después del PYD	50% después del PYD	50% después del PYD*
Ortodoncia para niños y adultos		Solo niños hasta 19 años		
Beneficio		50%, sin PYD de ortodoncia		
Copago máximo de por vida	Programa de tarifas**	\$1,500		

*Los gastos fuera de la red están sujetos a un deducible más alto y a las limitaciones de gastos reconocidas por Cigna.

**Cálculo de tarifas disponible en SmartBen.

BÚSQUEDA DE PROVEEDORES DE CIGNA DENTAL

Para buscar proveedores participantes (Dentro de la red), visite cigna.com. Si desea una tarjeta, puede descargar la aplicación o ir al sitio web seguro para miembros mycigna.com, hacer clic para registrarse como miembro de Cigna y puede imprimir una tarjeta para usted y sus dependientes.



The screenshot shows the Cigna website's provider search interface. The top navigation bar includes the Cigna logo, links for 'For Medicare', 'For Providers', 'For Brokers', and 'For Employers', a search bar, and a 'Español' link. Below this, there are links for 'Shop for Plans', 'Member Guide', and 'Find a Doctor'. A 'Log in to myCigna' button is also present. The main content area is divided into three sections: 'How are you Covered?' with options for 'Employer or School', 'Healthcare.gov or Direct Purchase', and 'Medicare'; 'Find a Doctor, Dentist, or Facility in' with a search input field and buttons for 'Doctor by Type', 'Doctor by Name', and 'Health Facilities'; and 'Please Select a Plan' with options for 'CIGNA DENTAL CARE DHMO' (including 'Cigna Dental Care Access' and 'Cigna Dental Care Access Plus') and 'DPPO/EPO' (including 'Total Cigna DPPO' and 'Cigna DPPO Advantage').

Callout boxes provide the following instructions:

- Haga clic en **Buscar un médico** o inicie sesión en **myCigna** (método preferido).
- Haga clic en **Empleador o Escuela** en **¿Cómo está cubierto?**
- Introduzca su ubicación en **Buscar un médico, dentista o centro** y seleccione el tipo de dentista en **Médico por tipo**.
- En **Seleccionar un plan**, elija **Cigna Dental Care Access Network** para el plan DHMO o **Total Cigna DPPO Network** para el plan PPO.



SEGURO DE LA VISIÓN

The Breakers proporciona seguro de visión a través de VSP. El programa de la visión de VSP proporciona una atención de la visión asequible y de calidad. A través de la red de proveedores de VSP, puede obtener un examen completo de la visión, así como gafas (lentes y monturas) o lentes de contacto en lugar de gafas.

Simplemente informe a su proveedor de atención de la visión que usted cuenta con la cobertura de VSP. No es necesaria una tarjeta de identificación de afiliado. Si desea una tarjeta, puede ir al sitio web seguro para miembros de VSP en vsp.com, hacer clic para inscribirse como miembro de VSP y podrá imprimir una tarjeta de visión para miembros de VSP.

Revise detenidamente el resumen del programa de atención de la visión que se proporciona y aproveche este beneficio tan importante.

TIPO DE PLAN	PLAN BÁSICO		PLAN MEJORADO	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Acceso a la red				
Bienestar de la visión				
Examen de la visión	Copago de \$10	Reembolso de hasta \$45	Copago de \$10	Reembolso de hasta \$45
Frecuencia	Una vez cada 12 meses		Una vez cada 12 meses	
Lentes				
Visión sencilla	Copago de \$25	Reembolso de hasta \$30	Copago de \$25	Reembolso de hasta \$30
Bifocales	Copago de \$25	Reembolso de hasta \$50	Copago de \$25	Reembolso de hasta \$50
Trifocales	Copago de \$25	Reembolso de hasta \$65	Copago de \$25	Reembolso de hasta \$65
Frecuencia	Una vez cada 12 meses		Una vez cada 12 meses	
Monturas				
Monturas seleccionadas	Descuento de \$170 por ventas al por menor + 20% de descuento del saldo	Reembolso de hasta \$70	Descuento de \$200 por ventas al por menor + 20% de descuento del saldo	Reembolso de hasta \$70
Mejora del cuidado solar	Descuento de \$170 por ventas al por menor con un copago de \$25 para gafas de sol sin graduación en lugar de gafas graduadas o lentes de contacto	N/A	Descuento de \$200 por ventas al por menor con un copago de \$25 para gafas de sol sin graduación en lugar de gafas graduadas o lentes de contacto	N/A
Frequency	Una vez cada 24 meses		Una vez cada 24 meses	
Contacts	En lugar de cualquier otro beneficio para gafas			
Elective	Descuento de \$130 por ventas al por menor examen, medición y evaluación, sin superar el copago de \$60	Reembolso de hasta \$105	Descuento de \$150 por ventas al por menor; examen, medición y evaluación, sin superar el copago de \$60	Reembolso de hasta \$105
Frequency	Una vez cada 12 meses		Una vez cada 12 meses	

BÚSQUEDA DE PROVEEDORES DE VSP VISION

Para buscar proveedores participantes (Dentro de la red), visite vsp.com. Puede llamar al Centro de Atención al Cliente de VSP al (800) 877-7195 con cualquier pregunta que tenga sobre los proveedores contratados o la cobertura.



Haga clic en
Buscar un médico

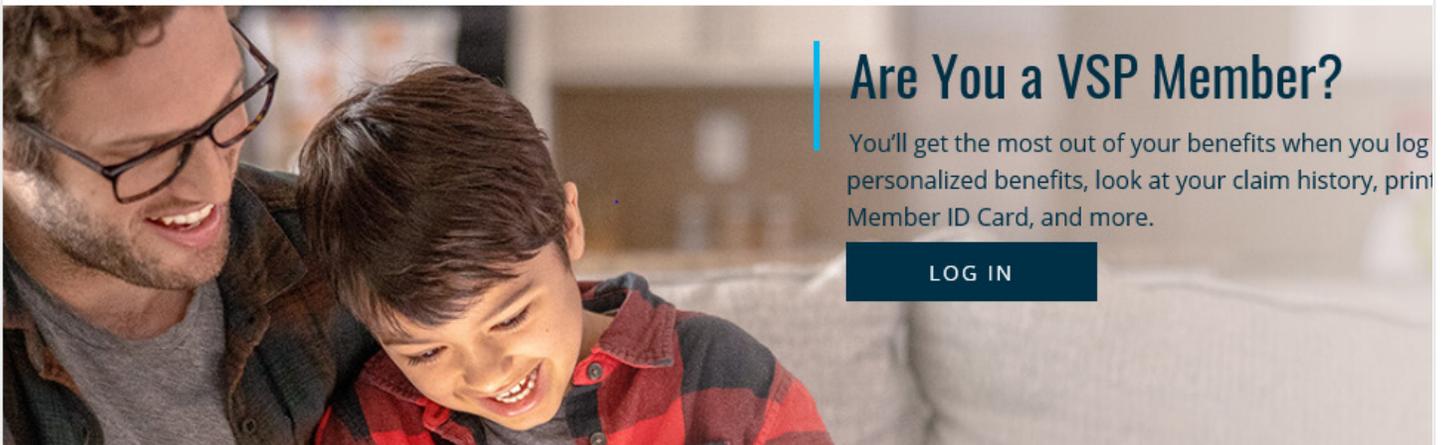
FIND A DOCTOR

BENEFITS

OFFERS

EYEWEAR AND WELLNESS

PLAN OPTIONS



FIND A DOCTOR

BENEFITS

OFFERS

EYEWEAR AND WELLNESS

PLAN OPTIONS

SHOP



LOCATION

OFFICE

DOCTOR

1 ADVANCED SEARCH +

Zip

OR

Street Address (optional)

City

State

Busque por código postal o dirección, ciudad y estado

Seleccione Red de médicos haciendo clic en Búsqueda avanzada y luego seleccione Elección O - Si inicia sesión en su cuenta, puede omitir este paso ya que reconocerá su plan.

CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

La FSA, o cuenta de gastos flexible, es una prestación que puede elegir durante la inscripción abierta a la FSA o la inscripción de nuevos miembros del equipo. Con una contribución antes de impuestos a una FSA, puede ahorrar una media del 30% en gastos sanitarios y de atención a dependientes. El dinero que aporta no está sujeto a impuestos sobre la nómina, ¡lo que puede suponer un importante ahorro fiscal!

- Año del plan: FSA para atención médica y FSA para atención de dependientes - 1 de enero al 31 de diciembre
- Inscripción disponible en SmartBen durante el mes de noviembre, con vigencia a partir del 1 de enero siguiente.
- Debe volver a inscribirse y elegir la cobertura cada año del plan en SmartBen.

¿Cuánto debo contribuir?

Usted decide cuánto dinero quiere contribuir durante el año hasta un máximo de \$3,300. Para obtener el máximo ahorro, debe calcular cuidadosamente el importe de los gastos de bolsillo admisibles que tendrá durante el año. La cantidad que designe para el año se divide en cuotas iguales cada periodo de pago y se deposita en una cuenta FSA.

Utilícelo o piérdalo - Asignación de reinversión

Si no incurre en gastos admisibles por el importe total que eligió depositar en su FSA para atención médica en el año del plan en curso, la normativa federal le permite reinvertir los importes no utilizados hasta un máximo de \$660 para gastos en el año siguiente. Aunque no haya una elección de FSA para el siguiente año del plan, tiene la posibilidad de gastar hasta \$660 de su elección en gastos de atención médica de su bolsillo en el año siguiente.

FSA para atención médica

Elija esta FSA para pagar copagos, equipos médicos, recetas, gastos dentales y de la visión en los que usted o su familia incurran.

Gastos elegibles:

- Acupuntura
- Quiropráctica
- Copagos de médicos y dentistas
- Gafas y lentes de contacto
- Kits de glucosa
- Audífonos y baterías
- Tratamiento de la infertilidad
- LASIK
- Ortodoncia
- Recetas



Para consultar una lista de gastos elegibles, visite ebcflex.com/eligibleexpenses

CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

FSA para atención de dependientes

Los fondos de la FSA para atención de dependientes pueden utilizarse para pagar los gastos en los que incurra por el cuidado de hijos dependientes menores de 13 años o de cualquier dependiente discapacitado que viva con usted y que usted reclame en sus impuestos.



Para que un gasto por el cuidado de un dependiente pueda reunir las condiciones para ser reembolsado a una FSA para atención de un dependiente, la atención debe permitirle a usted y a su cónyuge trabajar, buscar trabajo activamente o asistir a la escuela a tiempo completo.

Puede reservar hasta \$5.000 para este fin si es soltero o está casado y presenta una declaración de la renta conjunta. Si está casado y usted y su cónyuge presentan declaraciones de la renta separadas, el monto máximo que puede aportar cada uno es de \$2.500.

Los fondos están disponibles después de que las deducciones de nómina se acrediten en su cuenta FSA para atención de dependientes.

Gastos elegibles

Los gastos que pueden incluirse en la FSA para atención de dependientes también pueden ser susceptibles de desgravación fiscal en su declaración de impuestos federales. Tenga en cuenta que no puede reclamar los mismos gastos para la FSA para atención de dependientes y para la bonificación de impuestos. Hable con su asesor fiscal personal para determinar cuál es la mejor alternativa para usted.

Atención infantil

- Atención infantil en el hogar o en una guardería
- Guardería o centro de cuidado de niños enfermos
- 3K o 4K
- Guardería o preescolar
- Programas antes y después del colegio
- Campamento de día (puede incluir campamento deportivo, de informática, etc.)
- Cuotas de transporte proporcionadas por el proveedor de atención de dependientes para el transporte a/donde se proporciona la atención.

Atención de adultos

- Centro de día para adultos
- Atención de ancianos con custodia (en casa o fuera de ella)
- Cuotas de transporte proporcionadas por el proveedor de atención de dependientes para el transporte a/donde se proporciona la atención.

Para obtener más información sobre las cuentas FSA, visite SmartBen.

THE HARTFORD

SEGURO DE VIDA Y POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D)

Seguro de vida básico y AD&D - Pagado por el Empleador

Los miembros del equipo a tiempo completo están automáticamente inscritos en el seguro de vida básico y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) de The Breakers sin costo alguno para usted.

- Los miembros del equipo que trabajan por horas reciben un beneficio de \$20.000.
- El importe del seguro de vida de los miembros del equipo asalariados se basa en el doble de sus ingresos anuales hasta un máximo de \$500.000.

Aunque The Breakers le haya inscrito automáticamente en el plan de seguro de vida, asegúrese de que su beneficiario figure en su portal SmartBen. Puede asegurarse de ello consultando su Página de confirmación o poniéndose en contacto con Recursos Humanos.

Seguro de vida voluntario y AD&D para miembros del equipo a tiempo completo.

Puede contratar un seguro de vida voluntario y un seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) para usted en incrementos de \$10.000 hasta un máximo de \$500.000. La cobertura es de “emisión garantizada” (no se requiere prueba de asegurabilidad) por importes de hasta \$250.000, para los nuevos miembros del equipo que reúnan los requisitos durante su periodo de elegibilidad inicial.*

Seguro de vida voluntario y AD&D para su cónyuge

Puede contratar un seguro de vida y una cobertura por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) para su cónyuge en incrementos de \$5.000 que no superen el 50% del importe del seguro de vida y AD&D del miembro del equipo a tiempo completo hasta un monto máximo de \$250.000. La cobertura es de “emisión garantizada” para importes de hasta \$30.000 durante el periodo inicial de elegibilidad de su cónyuge*.

Si decide contratar un seguro de vida voluntario y de AD&D para usted (1) por encima de \$250.000, (2) después de 31 días de su fecha de elegibilidad inicial o (3) por encima de \$30.000 para su cónyuge, deberá cumplimentar un formulario de Evidencia de asegurabilidad (EOI) y es posible que se le solicite que presente una declaración del médico que le atiende en una fecha posterior.*

Seguro de vida voluntario para su(s) hijo(s)

Puede elegir un seguro de vida para su(s) hijo(s) dependiente(s) hasta los 19 años de edad, o hasta los 25 años si es estudiante a tiempo completo en incrementos de \$2.000 hasta un máximo de \$10.000, sin superar el 50% del importe del seguro de vida del miembro del equipo a tiempo completo. La prima incluye a todos los hijos dependientes independientemente de la cantidad de hijos cubiertos. Todos los hijos tendrán el mismo importe del beneficio.

**Cualquier solicitud para añadir o aumentar la cobertura después de la elegibilidad inicial requerirá la presentación de un formulario de Evidencia de Seguro (EOI) dentro de los 30 días siguientes a la elección. La solicitud de cobertura no es una aprobación automática y no se efectuarán deducciones de nómina hasta que la solicitud sea aprobada por The Standard, la aprobación de la EOI puede tardar hasta 60 días.*





SEGURO DE DISCAPACIDAD A CARGO

DEL EMPLEADOR DE THE HARTFORD

Discapacidad a corto plazo (STD)

Todos los miembros del equipo que trabajen a tiempo completo por horas o como asalariados están automáticamente inscritos en el programa STD de The Breakers sin costo alguno para usted. En caso de que quede discapacitado debido a una enfermedad o lesión fuera del trabajo y no pueda realizar las tareas de su trabajo, la cobertura STD complementará su salario perdido. Las nuevas madres también pueden beneficiarse del beneficio STD, ya sea 4 semanas por parto normal o 6 semanas por cesárea. La cobertura STD comienza tras faltar 14 días debido a una enfermedad o lesión certificada médicamente. Los beneficios se abonan hasta un máximo de 10 semanas de discapacidad. El beneficio abona el 50 % de los ingresos semanales hasta un máximo de \$1.000 semanales.

Discapacidad a largo plazo (LTD)

Los miembros del equipo asalariados que trabajen a tiempo completo se inscriben automáticamente en el programa LTD de The Breakers sin costo alguno. Después de utilizar el seguro de discapacidad a corto plazo, existe un periodo de eliminación de 90 días antes de que la cobertura LTD comience a pagarle por la pérdida de ingresos. Si se le aprueba, el plan cubrirá los salarios perdidos en caso de que no pueda trabajar debido a una enfermedad o lesión fuera del trabajo, hasta que alcance el periodo máximo de beneficio.

Póngase en contacto con el equipo de beneficios para que le ayuden a presentar un reclamo en benefits@thebreakers.com.

BENEFICIOS VOLUNTARIOS

Todos los beneficios voluntarios están disponibles para los miembros del equipo que trabajan a tiempo completo a través de deducciones de nómina después de impuestos y son transferibles a la misma proporción. Su cónyuge e hijo(s) también cumplen los requisitos para recibir cobertura. Los hijos deben ser menores de 26 años.

Plan voluntario de indemnización hospitalaria: Proporcionado por The Hartford

El seguro de indemnización hospitalaria complementa la cobertura médica y paga además de lo que el plan médico pueda o no cubrir. Paga una cantidad fija después del primer día de hospitalización (\$1.000) y una cantidad diaria específica por cada día adicional de hospitalización. Este plan también paga un beneficio adicional por la hospitalización en una Unidad de cuidados intensivos.

Plan de seguro voluntario de accidentes: Proporcionado por The Hartford

Brinda protección contra los costos inesperados asociados con una lesión accidental fuera del trabajo. Proporciona dinero en efectivo para gastos médicos (incluso si están cubiertos por un seguro médico), incluidos, entre otros, hospitalización y confinamiento, dislocaciones, fracturas, quemaduras, laceraciones, visitas a urgencias, aparatos médicos y beneficios por muerte accidental y desmembramiento. Este plan incluye un beneficio de examen médico por un importe de \$100 pagaderos anualmente por persona cubierta.

Plan voluntario de enfermedades graves con cobertura del cáncer: Proporcionado por The Hartford

Le proporciona directamente el beneficio de una suma total, además de cualquier otra cobertura actualmente en vigencia, para ayudar a compensar los altos costos asociados con el tratamiento de una enfermedad grave cubierta, como un ataque al corazón, un derrame cerebral, insuficiencia renal terminal, cáncer y otras. Esta póliza incluye un beneficio de examen médico por un importe de \$50 pagaderos anualmente por persona cubierta.

- Emisión garantizada: no se realizan preguntas sobre la salud para inscribirse como nuevo empleado o durante nuestra inscripción abierta anual hasta un beneficio de \$30.000.
- Cobertura familiar disponible: los cónyuges están cubiertos al 100% y los hijos menores de 26 años están cubiertos al 50% del beneficio elegido.

¿Por qué lo necesito?

- Los gastos de bolsillo se acumulan rápidamente, ya que el seguro de gastos médicos principales solo cubre una parte de la factura.
- Ayuda a aliviar la carga financiera imprevista de un accidente.
- Complementa otros seguros que pueda tener, como cobertura por discapacidad y gastos médicos mayores.
- Un nivel adicional de protección financiera puede marcar la diferencia en el momento en que usted y su familia más lo necesiten.

El beneficio de suma global se puede utilizar para:



TRUSTMARK LIFE + CARE

Si llega un momento en que no puede cuidarse por su cuenta, las cosas pueden ponerse difíciles... y costosas. Encontrar servicios de atención puede ser un desafío, y la atención puede costar cientos de dólares al día. Puede ocurrir a cualquier edad y a cualquier persona: algo va mal y empieza a necesitar ayuda con las tareas básicas de la vida diaria. Cuando eso ocurre, Trustmark Life + Care® paga los beneficios en efectivo que pueden ayudarle a solventar los gastos de la comodidad y calidad de la atención que usted merece. Además, también funciona como seguro de vida, con un beneficio por fallecimiento pagadero a aquellos que dependen de usted.

¿Por qué Trustmark Life + Care?

1. Cobertura dos en uno: reciba tanto un seguro de vida permanente (beneficio por fallecimiento) como beneficios de atención por una tarifa accesible.
2. Los beneficios pueden ayudar con el costo de la atención cuando llegue el momento, por lo que puede evitar agotar sus ahorros de jubilación o sobrecargar a los miembros de la familia.
3. Los beneficios de atención se le pagan cuando recibe servicios de atención por parte de un profesional o un familiar.
4. La cobertura está disponible sobre una base de emisión garantizada (sin preguntas médicas, y no puede ser rechazada) hasta los límites del importe del beneficio.
5. Garantizada para toda la vida: una vez que tiene cobertura, su tarifa no aumenta a medida que envejece.

Cómo funcionan los beneficios de atención

Póliza de seguro de vida y cuidados a largo plazo de Trustmark disponible en los siguientes incrementos: \$20.000, \$35.000, \$50.000, \$65.000 \$80.000, \$100.000.

Trustmark Life + Care le paga los beneficios en efectivo directamente a usted, cuando necesita ayuda con al menos dos de las seis actividades de la vida diaria (por ejemplo, comer, bañarse o vestirse) o tiene un deterioro cognitivo grave (como la enfermedad de Alzheimer).

Además, los beneficios de atención pagados no reducen el beneficio por fallecimiento, ¡por lo que sus beneficiarios podrán disponer de un beneficio por fallecimiento completo incluso después de recibir los beneficios de atención! Esto puede aumentar considerablemente el valor máximo de su cobertura. Nota: como su enfermedad no tiene que ser permanente para recibir los beneficios, el dinero que reciba puede ayudarle a recuperar su independencia. El beneficio por fallecimiento se reduce al 33% a los 70 años o en el décimo aniversario de su certificado, lo que ocurra más tarde. Sin embargo, los beneficios de atención nunca se reducen y se mantienen al mismo nivel elevado en sus últimos años.

Cobertura para el cónyuge: solicite la cobertura Trustmark Life + Care para su cónyuge al igual que para usted. El plan de su cónyuge incluirá las mismas prestaciones que el suyo. (El importe de la cobertura del cónyuge está limitado a una parte del importe del empleado).

BEYOND MED

Donde la salud se une al bienestar. Un programa de membresía con descuentos para mejorar su inversión más importante: usted mismo.

¿Por qué Beyond Med?

Mejore su salud y bienestar accediendo a una red propia de médicos con certificación del consejo y proveedores autorizados a precios reducidos en servicios electivos y cosméticos.

- + 3.000 proveedores
- 15 especialidades
- + 2.500 consultorios
- + 400 tratamientos

Ventajas para los miembros

- **Acceso a una red especializada:** miles de proveedores de tratamientos electivos y estéticos a precios reducidos
- **Servicio de asistencia personalizada:** un equipo de asistencia personalizada que le guiará y una aplicación móvil fácil de usar.
- **Ahorros ilimitados:** sin periodos de espera ni límites en el uso de los beneficios (utilícelos todo lo que quiera).

Save on Services Like

- Bienestar mental
- Spa médico
- Fisioterapia
- Cirugía plástica
- Cirugía ocular
- Terapia venosa
- Veterinaria
- Pérdida de peso
- Acupuntura
- Antienvjecimiento
- Bariatría
- Quiropraxia
- Dermatología
- Fertilidad
- Recuperación capilar
- Audición



SERVICIOS LEGALES: PROPORCIONADOS POR PREFERRED LEGAL

El plan Preferred Legal es un programa integral de protección jurídica diseñado para ayudar a las personas y a sus familias a tratar diversos asuntos legales 24 horas al día 7 días a la semana. Este programa incluye, entre otros, servicios gratuitos o con descuento y confidenciales como:

- Asesoramiento jurídico telefónico o presencial
- Revisión de documentos legales
- Preparación de testamentos y testamentos simples para el miembro del equipo y su cónyuge
- Asesoramiento financiero y de protección de activos
- Servicios notariales

PROTECCIÓN CONTRA EL ROBO DE IDENTIDAD: PROPORCIONADA POR ALLSTATE ID PROTECTION (AIP)

Allstate pone a su disposición un plan integral de Protección contra el robo de identidad. El plan supervisa la actividad fraudulenta para que pueda ser detectada antes. Si es víctima de robo de identidad, se pueden iniciar los servicios completos de restauración para la defensa de la privacidad. Los servicios incluyen la protección de cartera perdida y la supervisión cibernética, de crédito e identidad. Reembolso de los gastos de bolsillo relacionados con el robo de identidad de hasta \$1.000.000 en concepto de salarios perdidos, honorarios jurídicos y mucho más.

SEGURO PARA MASCOTAS: PROPORCIONADO POR NATIONWIDE

El seguro para mascotas a través de NationWide consiste en dos opciones de planes o una combinación de ambos planes para ayudarle a elegir el plan de salud para mascotas que mejor se adapte a sus necesidades. Estos planes le permiten utilizar su propio veterinario. Esta prestación no está disponible a través de deducciones en nómina. (solo facturación directa)

Plan Wellness Services Only (servicios de bienestar únicamente):

- Exámenes de bienestar
- Vacunas
- Prevención contra pulgas y parásitos del corazón

Plan médico principal completo:

- Accidentes y enfermedades comunes (por ejemplo, infección de oído y erupciones cutáneas)
- Enfermedades graves (por ejemplo, cáncer, alergias y diabetes)
- Cirugía
- Medicamentos de venta con receta
- Hospitalización

T. ROWE PRICE – PLAN DE AHORRO 401(K)

Los miembros del equipo a tiempo completo, a tiempo parcial y de guardia (mayores de 18 años) cumplen los requisitos para participar en el Plan de ahorro para la jubilación 401(k) de The Breakers y pueden elegir contribuir con entre el 1 y el 50% de sus ingresos brutos. El plan 401(k) incluye las contribuciones personales y el beneficio que la compañía iguala.



Beneficios del plan

- Los miembros del equipo son propietarios del 100% de cualquier contribución financiera personal invertida en su 401(k)
- The Breakers' aporta e iguala el primer **6%** de las contribuciones de ganancias brutas, dólar por dólar, trimestralmente.
- Una vez transcurridos cinco (5) años de empleo, el miembro del equipo posee el 100% de la contribución aportada igualada por The Breakers; por cada año de servicio completado durante los años 1 a 5, los miembros del equipo retienen el 20% de la contribución aportada igualada (por ejemplo: 20% después del primer año, 40% después del segundo año, etc.).
- Se ofrecen planes Roth 401(k) y 401(k) tradicionales antes de impuestos.
- Los miembros del equipo pueden transferir los planes de jubilación de sus empleadores anteriores al plan 401(k) de The Breakers.

Detalles de inscripción

- La elegibilidad para la inscripción es de 60 días después de la fecha de contratación
- Las contribuciones comienzan el primer día del mes siguiente.
- Cada año, las contribuciones de los miembros del equipo aumentan automáticamente en un 1% hasta alcanzar una contribución máxima del 15% (los ajustes pueden realizarse manualmente en cualquier momento).

Cómo inscribirse o realizar ajustes

- Visite troweprice.com
- Descargue la aplicación T. Rowe Price
- Llame al (800) 922-9945
- Programe una cita con un asesor financiero de SageView



PROGRAMA DE BIENESTAR FINANCIERO

SageView Advisory Group, una empresa de asesoramiento de planes de jubilación, ofrece educación financiera y asesoramiento de inversión gratuitos para todos los miembros del equipo.

Los servicios incluyen

- Inscripción y planificación de la jubilación 401(k)
- Planificación financiera: análisis del salario y estrategias de ahorro/presupuesto/inversión
- Respuesta a preguntas: Medicare, seguridad social, gestión de deudas, planificación patrimonial/préstamos y planes de ahorro 529 para educación



COMUNÍQUESE CON MARESSA ETZIG

Programe una consulta privada en persona o por teléfono; también se ofrecen sesiones de grupo.

Correo electrónico: metzig@sageviewadvisory.com

Teléfono: (561) 284-0699



PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP)

Es fácil conectarse con BHS - Programa de Asistencia al Empleado (EAP). Atención confidencial a la que usted y los miembros de su hogar pueden acceder sin costo alguno. Se proporcionan seis sesiones de asesoramiento, por tema. 24 horas al día, 7 días a la semana.



Call



Text



Live Chat



Online Form



Mobile App



Emergency
24 Hours



Urgent
48 Hours



Routine
5 Days

Los servicios del EAP incluyen

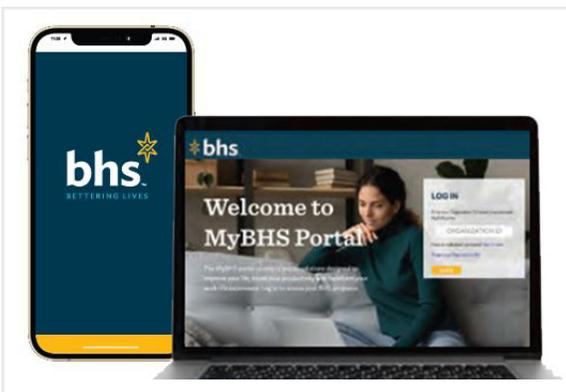
- Apoyo en el momento y asesoramiento en caso de crisis
- Una amplia variedad de temas, como problemas emocionales, financieros, legales y de relaciones.
- Planificación personalizada de la atención
- Coordinación de citas
- Apoyo y seguimiento continuos

Capacitación en salud mental, asesoramiento a corto plazo y niveles superiores de atención

1. Comuníquese con BHS y póngase en contacto con un coordinador de atención diplomado y especializado.
2. El coordinador de atención le concertará una cita en función de sus preferencias (lugar, en persona, por teléfono o virtual).

La ayuda está disponible con solo realizar una llamada.

Llame o envíe un mensaje de texto para acceder a los servicios



Llame al 800-327-2251

Asistencia gratuita, confidencial y en el momento disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para ayudarle con problemas personales o laborales que puedan interferir con sus responsabilidades. Un coordinador de la atención responderá confidencialmente a su llamada, le ayudará en caso de emergencia y le pondrá en contacto con los recursos adecuados.

Envíe un mensaje de texto al 800-327-2251

Haga preguntas sobre el programa, obtenga ayuda en el momento o inicie servicios. Todos los mensajes se contestarán en el plazo de un día laborable.



INICIO DE SESIÓN EN EAP

Sitio web: portal.bhsonline.com

Identificación de organización:

THEBREAKERS



BRIGHT HORIZONS

Los beneficios incluyen: Cuidado Suplente, Tutoría y Apoyo Mejorado.

Programa de Cuidado Suplente Avanzado

Todos los miembros del equipo pueden confiar en el Programa de Cuidado Suplente Avanzado de Bright Horizons, donde y cuando más lo necesite. Las interrupciones en el cuidado habitual de sus hijos o adultos/ancianos causan trastornos estresantes que pueden afectar su capacidad para equilibrar con éxito las exigencias personales y profesionales concurrentes.

Cuándo recurrir al cuidado suplente

- El cuidador habitual o el cónyuge que se queda en casa no está disponible.
- Su hijo o pariente adulto o anciano está levemente enfermo.
- El colegio cierra por vacaciones, días festivos o días de servicio.
- Transición entre el cuidado de un niño o de un adulto o anciano.
- Viajes de trabajo, traslados o cambios en el horario laboral.
- Transición tras una baja por maternidad.
- Usted, su hijo o pariente adulto o anciano se está recuperando de un tratamiento médico.

La atención de respaldo está disponible para:

- Cuidado de niños
- Cuidado de ancianos



TRES PASOS SENCILLOS

1. Inscribese en línea o por teléfono
2. Haga una reserva en línea o por teléfono
Teléfono: (877) 242-2737
Sitio web: backup.brighthorizons.com
3. Complete su perfil de atención

Límites y costo

- Hasta 15 días de atención por miembro del equipo por año fiscal
- Copago por centro = \$15 por hijo y por día, máximo \$25 por familia y por día
- Copago a domicilio = \$6 por hora y cuidador

OTROS

Tutoría virtual o en persona para adultos

La tutoría virtual para adultos puede ayudar a alumnos mayores de 18 años en 3.000 asignaturas, incluidas las certificaciones profesionales. Ya sea que esté tratando de resolver las tareas de sus hijos, volviendo a la escuela y manejando sus propias tareas escolares, tratando de aprender un nuevo idioma, estudiando para obtener una nueva certificación, queriendo aprender una aptitud profesional como hablar en público, o todas las opciones anteriores, su beneficio de tutoría de Bright Horizons® le hace la vida más fácil. Además, es muy asequible en comparación con otros programas de tutoría.

- Reuniones individuales con expertos de Sylvan Learning y Varsity Tutors
- 4 horas de tutoría = 1 crédito con un copago de \$15
- Las sesiones reservadas deben utilizarse en un plazo de 90 días o las perderá.
- Disponible para usted y sus dependientes mayores de 5 años, incluidos los estudiantes universitarios

Tutoría infantil virtual o en persona

Reserve un tutor con experiencia para ayudar a su hijo de 5 a 18 años a mantenerse al día durante el año escolar o las vacaciones de verano. Obtenga ayuda inmediata para hacer las tareas escolares en más de 300 asignaturas para un apoyo específico en matemáticas o lectura.

Campamento virtual

Ofrecido entre semana de 9 AM a 8 PM, Hora del Este, para niños de 3 a 12 años. Esta oferta virtual brinda a su hijo una amplia variedad de actividades interactivas, todas dirigidas por instructores motivadores. Utilice su beneficio de cuidado suplente para reservar la plaza de su hijo y mantenerlo entretenido desde la comodidad de su propia casa.



Para inscribirse, cree una cuenta en Bright Horizons y complete su Perfil de atención.



MOTIVITY CARE

Motivity Care elimina la complejidad de la gestión de los cuidados en cada etapa de la vida adulta. ¿Están usted y sus seres queridos preparados para el presente y el futuro con la información de su vida organizada, accesible y actualizada? Motivity Care ofrece la solución.

Plataforma MC Life Intell

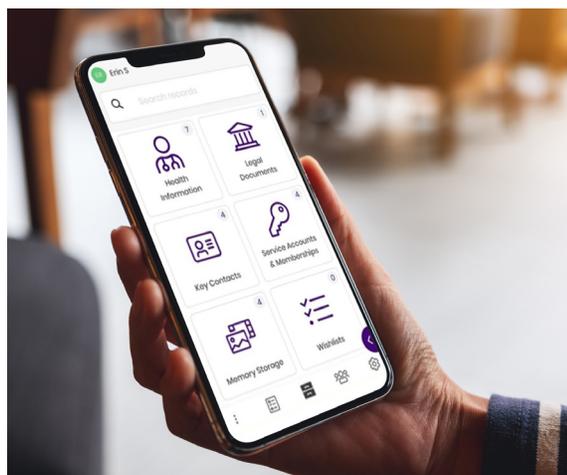
- Aplicación de escritorio y móvil en inglés y español
- La mejor tecnología para mantener la información médica, legal y personal vital segura y accesible 24 horas al día, 7 días a la semana

Beneficios para empleados

Motivity Care proporcionará formación inicial y de grupo para la Plataforma MC Life Intell y sus servicios.

- Talleres y seminarios web prácticos
- Soporte tecnológico/línea de ayuda

Se ofrece como una deducción en la nómina del empleado



EJEMPLO

Usted elige añadir a su padre a su cuenta Motivity Care.

Su padre vive en otro estado y tiene un accidente que requiere hospitalización durante 48 horas. Como usted guarda su información importante en Motivity Care, podrá identificar quiénes son sus médicos, qué medicamentos está tomando, alergias, e incluso cuestiones de la casa como cuidadores de mascotas, qué facturas vencen, contraseñas, vecinos con los que contactar y mucho más.

Paquete de encargado personalizado* disponible, por ejemplo:

- Oferta de referencias y programación de citas
- Búsqueda de recursos a petición del cliente
- Recomendaciones y coordinación para transiciones vitales
- Gestión de problemas médicos inesperados

**El paquete de encargado supone un costo adicional a la oferta de beneficios para empleados.*



CONTACTOS IMPORTANTES

RESOURCE / SERVICE PROVIDER	DETAILS
Medical Insurance Blue Cross Blue Shield of Florida	(800) 830-1501 myhealthtoolkitfl.com
Dennis Ashwood Blue Cross Blue Shield of Florida Concierge	(561) 653-6362 Ext. 7043 dennis.ashwood@bcbsfl.com
The Breakers Wellness Clinic Operated by Marquee Health	(561) 650-6976 Ext. 6976 thebreakerswellnessclinic@mywellportal.com thebreakers.com/wellnessclinic
Dental Insurance Cigna	(800) 244-6224 mycigna.com
Vision Insurance VSP	(800) 877-7195 vsp.com
Flexible Spending Account Employee Benefits Corporation	(800) 346-2126 ebcflex.com
Basic and Voluntary Life and AD&D, Short Term Disability and Long Term Disability Insurance The Hartford	(800) 523-2233 thehartford.com/resources/employeechoice
Voluntary Benefits - Hospital Indemnity, Accident Insurance and Critical Illness with Cancer Coverage The Hartford	(800) 523-2233 thehartford.com/resources/employeechoice
Employee Assistance Program BHS	(800) 327-2251 portal.bhsonline.com (ID: THEBREAKERS)
401(k) Savings Plan T. Rowe Price	(800) 922-9945 troweprice.com
Financial Wellness Program Maressa Etzig - SageView Advisory Group	(561) 284-0699 metzig@sageviewadvisory.com
Life and Care Insurance Trustmark	(866) 813-7192 x3 trustmarkvb.com
Health and Wellness Membership Program Beyond Med	(844) 267-6192 beyondmedplans.com
Legal Services Preferred Legal	(888) 577-3476 preferredlegal.com
Identity Theft Protection Allstate ID Protection	(800) 789-2720 myaip.com
Pet Insurance Nationwide	(800) 540-2016 petinsurance.com/thebreakers
Back-Up Care Advantage Program Bright Horizons	(877) 242-2737 backup.brighthorizons.com
Caregiving Management Services Motivity Care	(844) 424-2021 info@motivitycare.com
Cara Striluk Benefits Services Manager	(561) 653-6661 cara.striluk@thebreakers.com
Jewel Lepoff Benefits Services Specialist	(561) 653-6646 jewel.lepoff@thebreakers.com
Stephanie Twohill Benefits Services Coordinator	(561) 653-6362, ext. 7510 stephanie.twohill@thebreakers.com

AVISOS Y DIVULGACIONES DE INSCRIPCIÓN ANUAL 2024

THE BREAKERS PALM BEACH 1 DE SEPTIEMBRE DE 2024

Si usted (o sus dependientes) tiene Medicare o cumplirá los requisitos para recibir Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le ofrece más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Para obtener más información, consulte las páginas 48 y 49, donde comienza el Aviso de cobertura válida.

AVISO SOBRE EL MERCADO

Nuevas opciones de cobertura del Mercado de seguros

médicos y su cobertura médica PARTE A: Información general

Cuando las partes más importantes de la ley de atención médica entren en vigencia en 2014, habrá una nueva forma de contratar un seguro médico: el Mercado de seguros médicos. Para ayudarle a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona cierta información básica sobre el nuevo Mercado y la cobertura de salud basada en el empleo ofrecida por su empleador.

¿Qué es el Mercado de seguros médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece un “lugar centralizado” para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados. También puede reunir los requisitos para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduce su prima mensual de inmediato. La inscripción abierta para la cobertura de seguro de salud a través del Mercado comienza en octubre de 2013 para la cobertura a partir del 1 de enero de 2014.

¿Puedo ahorrar dinero en mis primas de seguro de salud en el Mercado?

Usted puede calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura, u ofrece cobertura que no cumple con ciertos estándares. El ahorro en la prima para el que cumple los requisitos depende de los ingresos de su unidad familiar.

¿Afecta la cobertura médica del empleador a la capacidad de ahorrar en la prima a través del Mercado?

Sí. Si usted tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que cumple con ciertos estándares, no reunirá los requisitos para obtener un crédito fiscal a través del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, si su empleador no le ofrece ningún tipo de cobertura o no le ofrece una cobertura que cumpla determinadas normas, puede reunir los requisitos para obtener un crédito fiscal que reduzca su prima mensual o una reducción de determinados costos compartidos. Si el costo de un plan de su empleador que le cubra a usted (y no a otros miembros de su familia) es superior al 9,5% de sus ingresos familiares del año, o si la cobertura que le ofrece su empleador no cumple la norma de “valor mínimo” establecida por la Ley de Asistencia Sanitaria Asequible, podría reunir las condiciones para recibir un crédito fiscal.¹

AVISOS LEGALES

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura médica ofrecida por su empleador, es posible que pierda la contribución del empleador (si la hubiera) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, esta contribución del empleador (así como la contribución del empleado a la cobertura ofrecida por el empleador) suele excluirse de los ingresos a efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos por la cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos.

¹ Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple la “norma de valor mínimo” si la parte de los costos totales permitidos de los beneficios cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Si desea más información sobre la cobertura que le ofrece su empleador, consulte el resumen de la descripción de su plan o póngase en contacto con Cara Striluk.

El Mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su aptitud para obtener cobertura a través del Mercado y su costo. Visite HealthCare.gov para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguro médico e información de contacto del Mercado de seguros médicos de su zona.

PARTE B: Información sobre la cobertura médica ofrecida por su empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura médica ofrecida por su empleador. Si decide rellenar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que facilite esta información. Esta información está numerada para que se corresponda con la solicitud del Mercado.

3. Employer name The Breakers Palm Beach		4. Employer Identification Number (EIN) 59-0246320	
5. Employer address One South County Road		6. Employer phone number 561.653.6661	
7. City Palm Beach		8. State Florida	9. ZIP code 33480
10. Who can we contact about employee health coverage at this job? Cara Striluk			
11. Phone number (if different from above)		12. Email address Cara.striluk@thebreakers.com	

A continuación encontrará información básica sobre la cobertura médica ofrecida por este empleador:

- Como empleador, ofrecemos un plan de salud a:

Todos los empleados.

Algunos empleados. Los empleados que reúnen los requisitos son:

Miembros del equipo a tiempo completo que trabajan una media de 30 horas o más a la semana. Cumple los requisitos para recibir los beneficios del seguro el primer día del mes siguiente a los 60 días de empleo o cambio de situación.

- Con respecto a los dependientes:

Ofrecemos cobertura. Los dependientes que reúnen los requisitos son: el cónyuge legal de un miembro del equipo cubierto o un hijo soltero dependiente del miembro del equipo o del cónyuge del miembro del equipo. Los hijos dependientes estarán cubiertos hasta el final del mes en que cumplan 26 años.

No ofrecemos cobertura.

Si está marcada, esta cobertura cumple la norma de valor mínimo, y el costo de esta cobertura para usted está destinado a ser asequible, basado en los salarios de los empleados.

**Aunque su empleador pretenda que su cobertura sea asequible, es posible que aún pueda reunir los requisitos para obtener un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará sus ingresos familiares, junto con otros factores, para determinar si puede reunir los requisitos para obtener un descuento en la prima. Si, por ejemplo, su salario varía de una semana a otra (quizá sea un empleado por horas o trabaje a comisión), si acaba de ser contratado a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede reunir los requisitos para obtener un descuento en la prima.

Si decide contratar cobertura en el Mercado, HealthCare.gov le guiará a lo largo del proceso. Estos son los datos del empleador que deberá introducir cuando visite HealthCare.gov para averiguar si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales.

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

El importe que paga el plan por los servicios cubiertos brindados por proveedores fuera de la red se basa en un importe máximo permitido para el servicio específico prestado. Aunque su plan estipula un máximo de desembolso para los servicios fuera de la red, tenga en cuenta que el importe máximo permitido para un procedimiento elegible puede no ser igual al importe cobrado por su proveedor fuera de la red. Su proveedor fuera de la red puede facturarle la diferencia entre el importe cobrado y el importe máximo permitido. Esto se denomina facturación del saldo y el importe facturado puede ser considerable. El importe máximo de desembolso que figura en su póliza no incluirá los importes que superen el cargo permitido ni otros gastos no cubiertos definidos por su plan. El importe máximo reembolsable para los proveedores fuera de la red puede basarse en una serie de esquemas, como un porcentaje de lo razonable y habitual o un porcentaje de Medicare. El documento del plan o la póliza principal de la aseguradora es el documento de control, que resalta los beneficios aunque no incluye la totalidad de los términos, la cobertura, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de la redacción real del plan. Póngase en contacto con su pagador de reclamos o aseguradora para obtener más información.

Este documento es un resumen de la cobertura propuesta por la(s) aseguradora(s), basado en la información proporcionada por su compañía. No incluye todos los términos, la cobertura, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de la redacción real del contrato. Para conocer esos detalles, deben leerse las políticas y los contratos propiamente dichos. Si lo solicita, le facilitaremos formularios de la póliza para su consulta.

La intención de este documento es proporcionarle información general sobre el estado o las posibles inquietudes relacionadas con su actual entorno de beneficios para empleados. No aborda necesariamente todos sus problemas específicos. No debe interpretarse como un asesoramiento jurídico, ni pretende serlo. Las preguntas relativas a cuestiones específicas deben ser abordadas por su asesor general o un abogado especializado en esta área de especialización.

LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, puede tener derecho a determinados beneficios en virtud de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (Women's Health and Cancer Rights Act, "WHCRA") de 1998. Para las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, se proporcionará cobertura de la manera que se determine en consulta con el médico que le brinda tratamiento y la paciente, para:

- Todas las fases de reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica.
- Prótesis.
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán con sujeción a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados por el plan. Por lo tanto, se aplicarán los siguientes deducibles y coseguros:

Plan 1: Plan Standard - Deducible Elevado (Individual: 20% de coseguro y \$1.500 de deducible; Familiar: 20% de coseguro y \$3.000 de deducible)

Plan 2: Plan Deluxe - Deducible Bajo (Individual: 10% de coseguro y \$1.000 de deducible; Familiar: 10% de coseguro y \$2.000 de deducible)

Plan 3: Plan Choice (Individual: 10% de coseguro y \$1.000 de deducible; Familiar: 10% de coseguro y \$2.000 de deducible)

Si desea más información sobre los beneficios de la WHCRA, llame a su Administrador del plan al (561) 653-6661 o escriba a cara.striluk@thebreakers.com.

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE RECIÉN NACIDOS Y MADRES

En general, los planes de salud colectivos y los emisores de seguros de enfermedad no pueden, en virtud de la legislación federal, restringir los beneficios para cualquier estancia hospitalaria relacionada con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas tras un parto vaginal, o menos de 96 horas tras una cesárea. Sin embargo, la legislación federal no prohíbe en general que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con la madre, dé el alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, en virtud de la legislación federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o emisor de seguros para prescribir una duración de la hospitalización inferior a 48 horas (o 96 horas).

ASISTENCIA PARA PRIMAS EN EL MARCO DE MEDICAID Y PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO INFANTIL (CHIP)

Si usted o sus hijos cumplen los requisitos para recibir Medicaid o CHIP y su empleador le ofrece cobertura médica, es posible que su estado cuente con un programa de asistencia para el pago de primas que puede ayudarle a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no reúnen los requisitos para recibir Medicaid o CHIP, no reunirán los requisitos para recibir estos programas de asistencia para el pago de primas, pero es posible que puedan adquirir una 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 uno de los estados que se indican a continuación, póngase en contacto con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si dispone de asistencia para el pago de primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podrían reunir los requisitos para recibir alguno de estos programas, póngase en contacto con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado o llame al 1-877-KIDS NOW o visite www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo solicitarlos. Si reúne los requisitos, pregunte en su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por un empleador.

Si usted o sus dependientes reúnen los requisitos para recibir asistencia para el pago de primas de Medicaid o CHIP, o reúnen los requisitos del plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. Esto se denomina oportunidad de “inscripción especial” y debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que se determine que reúne los requisitos para recibir la ayuda para el pago de las primas. Si tiene alguna pregunta sobre la inscripción en el plan de su empleador, póngase en contacto 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 reunir los requisitos para recibir ayuda para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de enero de 2024. Póngase en contacto con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad:

<p style="text-align: center;">ALABAMA - MEDICAID</p> <p>Website: http://myalhipp.com/ Phone: 1-855-692-5447</p>	<p style="text-align: center;">ALASKA - MEDICAID</p> <p>The AK Health Insurance Premium Payment Program Website: http://myakhipp.com/ Phone: 1-866-251-4861 Email: CustomerService@MyAKHIPP.com Medicaid Eligibility: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</p>
<p style="text-align: center;">ARKANSAS - MEDICAID</p> <p>Website: http://myarhipp.com/ Phone: 1-855-MyARHIPP (855)-692-7447</p>	<p style="text-align: center;">CALIFORNIA - MEDICAID</p> <p>Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program http://dhcs.ca.gov/hipp Phone: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Email: hipp@dhcs.ca.gov</p>
<p style="text-align: center;">COLORADO - HEALTH FIRST COLORADO (COLORADO'S MEDICAID PROGRAM) & CHILD HEALTH PLAN PLUS (CHP+)</p> <p>Health First Colorado Website: https://www.healthfirstcolorado.com/ Health First Colorado Member Contact Center: 1-800-221-3943/ State Relay 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus CHP+ Customer Service: 1-800-359-1991/ State Relay 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): https://www.mycohibi.com/ HIBI Customer Service: 1-855-692-6442</p>	<p style="text-align: center;">FLORIDA - MEDICAID</p> <p>Website: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Phone: 1-877-357-3268</p>
<p style="text-align: center;">GEORGIA - MEDICAID</p> <p>GA HIPP Website: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Phone: 678-564-1162, Press 1 GA CHIPRA Website: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Phone: (678) 564-1162, Press 2</p>	<p style="text-align: center;">INDIANA - MEDICAID</p> <p>Healthy Indiana Plan for low-income adults 19-64 Website: http://www.in.gov/fssa/hip/ Phone: 1-877-438-4479 All other Medicaid Website: https://www.in.gov/medicaid/ Phone 1-800-457-4584</p>

<p align="center">IOWA - MEDICAID AND CHIP (HAWKI)</p> <p>Medicaid Website: https://dhs.iowa.gov/ime/members Medicaid Medicaid Phone: 1-800-338-8366 Hawki Website: http://dhs.iowa.gov/Hawki Hawki Phone: 1-800-257-8563 HIPP Website: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp HIPP Phone: 1-888-346-9562</p>	<p align="center">KANSAS - MEDICAID</p> <p>Website: https://www.kancare.ks.gov/ Phone: 1-800-792-4884 HIPP Phone: 1-800-967-4660</p>
<p align="center">KENTUCKY - MEDICAID</p> <p>Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP) Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Phone: 1-855-459-6328 Email: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov KCHIP Website: https://kynect.ky.gov Phone: 1-877-524-4718 Kentucky Medicaid Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms</p>	<p align="center">LOUISIANA - MEDICAID</p> <p>Website: www.medicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp Phone: 1-888-342-6207 (Medicaid hotline) or 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
<p align="center">MAINE - MEDICAID</p> <p>Enrollment Website: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Phone: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Private Health Insurance Premium Webpage: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Phone: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711</p>	<p align="center">MASSACHUSETTS - MEDICAID AND CHIP</p> <p>Website: https://www.mass.gov/masshealth/pa Phone: 1-800-862-4840 TTY: 711 Email: masspremassistance@accenture.com</p>
<p align="center">MINNESOTA - MEDICAID</p> <p>Website: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Phone: 1-800-657-3739</p>	<p align="center">MISSOURI - MEDICAID</p> <p>Website: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Phone: 573-751-2005</p>
<p align="center">MONTANA - MEDICAID</p> <p>Website: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Phone: 1-800-694-3084 Email: HSHIPPProgram@mt.gov</p>	<p align="center">NEBRASKA - MEDICAID</p> <p>Website: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Phone: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>
<p align="center">NEVADA - MEDICAID</p> <p>Medicaid Website: http://dhcnp.nv.gov Medicaid Phone: 1-800-992-0900</p>	<p align="center">NEW HAMPSHIRE - MEDICAID</p> <p>Website: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Phone: 603-271-5218 Toll free number for the HIPP program: 1-800-852-3345, ext. 5218</p>
<p align="center">NEW JERSEY - MEDICAID AND CHIP</p> <p>Medicaid Website: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Medicaid Phone: 609-631-2392 CHIP Website: http://www.njfamilycare.org/index.html CHIP Phone: 1-800-701-0710</p>	<p align="center">NEW YORK - MEDICAID</p> <p>Website: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Phone: 1-800-541-2831</p>

<p>NORTH CAROLINA - MEDICAID</p>	<p>NORTH DAKOTA - MEDICAID</p>
<p>Website: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Phone: 919-855-4100</p>	<p>Website: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Phone: 1-844-854-4825</p>
<p>OKLAHOMA - MEDICAID AND CHIP</p>	<p>OREGON - MEDICAID AND CHIP</p>
<p>Website: http://www.insureoklahoma.org Phone: 1-888-365-3742</p>	<p>Website: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Phone: 1-800-699-9075</p>
<p>PENNSYLVANIA - MEDICAID AND CHIP</p>	<p>RHODE ISLAND - MEDICAID AND CHIP</p>
<p>Website: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Phone: 1-800-692-7462 CHIP Website: Children’s Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) CHIP Phone: 1-800-986-KIDS (5437)</p>	<p>Website: http://www.eohhs.ri.gov/ Phone: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct RItte Share Line)</p>
<p>SOUTH CAROLINA - MEDICAID</p>	<p>SOUTH DAKOTA - MEDICAID</p>
<p>Website: https://www.scdhhs.gov Phone: 1-888-549-0820</p>	<p>Website: http://dss.sd.gov Phone: 1-888-828-0059</p>
<p>TEXAS - MEDICAID</p>	<p>UTAH - MEDICAID AND CHIP</p>
<p>Website: https://www.hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program Phone: 1-800-440-0493</p>	<p>Medicaid Website: https://medicaid.utah.gov/ CHIP Website: http://health.utah.gov/chip Phone: 1-877-543-7669</p>
<p>VERMONT - MEDICAID</p>	<p>VIRGINIA - MEDICAID AND CHIP</p>
<p>Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Department of Vermont Health Access Phone: 1-800-250-8427</p>	<p>Website: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Medicaid/CHIP Phone: 1-800-432-5924</p>
<p>WASHINGTON - MEDICAID</p>	<p>WEST VIRGINIA - MEDICAID AND CHIP</p>
<p>Website: https://www.hca.wa.gov/ Phone: 1-800-562-3022</p>	<p>Website: https://dhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Medicaid Phone: 304-558-1700 CHIP Toll-free phone: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)</p>
<p>WISCONSIN - MEDICAID AND CHIP</p>	<p>WYOMING - MEDICAID</p>
<p>Website: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Phone: 1-800-362-3002</p>	<p>Website: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Phone: 1-800-251-1269</p>

Para saber si algún otro estado ha añadido un programa de asistencia para primas desde el 31 de enero de 2023, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, póngase en contacto con:

U.S. Department of Labor
Employee Benefits Security Administration
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Menu Option 4, Ext. 61565

DECLARACIÓN SOBRE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Publicación L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a dar respuesta ante 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 un organismo federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información a menos que esté aprobada por la OMB en virtud de 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 44 U.S.C. 3507. Asimismo, no obstante cualquier otra disposición legal, ninguna persona podrá ser sancionada por incumplir una recopilación de información si en ella no figura un número de control de la OMB válido en la actualidad. Consulte 44 U.S.C. 3512.

Se calcula que la carga de divulgación pública de esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de los EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Oficina de Política e Investigación:

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 envíe un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y haga referencia al Número de control de la OMB 1210-0137.

Número de control de la OMB 1210-0137 (fecha de vencimiento 31/1/2026)

RECORDATORIO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA LEY HIPAA

Protección de los Derechos de Privacidad de su Información Médica

The Breakers Palm Beach está comprometido con la privacidad de su información médica. Los administradores del Plan de Salud de Breakers Palm Beach (el “Plan”) utilizan estrictas normas de privacidad para proteger su información médica del uso o divulgación no autorizados.

Las políticas del Plan que protegen sus derechos de privacidad y sus derechos conforme a la ley se describen en el Aviso de Prácticas de Privacidad del Plan. Puede recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad poniéndose en contacto con Cara Striluk – Administradora de servicios de beneficios al (561) 653-6661 o cara.striluk@thebreakers.com

DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL DE LA LEY HIPAA

Notificación del Plan de Salud de The Breakers Palm Beach sobre sus Derechos de inscripción especial de la ley HIPAA

Nuestros registros muestran que usted reúne los requisitos para participar en el Plan de Salud de The Breakers Palm Beach (para participar realmente, debe completar un formulario de inscripción y pagar parte de la prima a través de deducción de nómina).

Una ley federal denominada HIPAA exige que le notifiquemos sobre una disposición importante del plan: su derecho a inscribirse en el plan conforme a su “disposición de inscripción especial” si adquiere un nuevo dependiente, o si rechaza la cobertura de este plan para usted o un dependiente que reúna los requisitos mientras esté vigente otra cobertura y posteriormente pierde esa otra cobertura por determinados motivos justificados.

Pérdida de otra cobertura (excepto Medicaid o un programa estatal de seguro médico infantil)

Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente que reúna los requisitos (incluido su cónyuge) mientras esté vigente otro seguro médico o plan de salud colectivo, es posible que pueda inscribirse a usted mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes dejan de reunir los requisitos para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). No obstante, deberá solicitar la inscripción en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que finalice su cobertura o la de sus dependientes (o a partir de la fecha en que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Pérdida de la cobertura de Medicaid o de un programa estatal de seguro médico infantil.

Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente que reúna los requisitos (incluido su cónyuge) mientras esté vigente la cobertura de Medicaid o la cobertura bajo un programa estatal de seguro médico infantil, es posible que pueda inscribirse a usted mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes dejan de reunir los requisitos para esa otra cobertura. No obstante, deberá solicitar la inscripción en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que finalice su cobertura o la de sus dependientes bajo la cobertura de Medicaid o un programa estatal de seguro médico infantil.

Nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación con fines de adopción

Si tiene un nuevo dependiente como consecuencia de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, puede inscribirse a usted mismo y a sus nuevos dependientes. No obstante, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación en adopción.

Elegibilidad para recibir ayuda con el pago de las primas de Medicaid o de un programa estatal de seguro médico infantil

Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) reúnen los requisitos para recibir un subsidio estatal de asistencia para primas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico infantil con respecto a la cobertura de este plan, es posible que pueda inscribirse a usted mismo y a sus dependientes en este plan. No obstante, debe solicitar la inscripción en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que se determine que usted o sus dependientes cumplen los requisitos para recibir dicha ayuda. Para solicitar la inscripción especial u obtener más información sobre las disposiciones de inscripción especial del plan, póngase en contacto con Cara Striluk – Administradora de servicios de beneficios al (561) 653-6661 o cara.striluk@thebreakers.com

ADVERTENCIA IMPORTANTE

Si renuncia a la inscripción para usted o para un dependiente que cumpla los requisitos, debe rellenar nuestro formulario de renuncia a la cobertura. En el formulario, debe indicar que la razón por la que renuncia a la inscripción es por la cobertura de otro plan de salud colectivo u otra cobertura de seguro médico (incluido Medicaid o un programa estatal de seguro médico infantil), y se le pide que identifique dicha cobertura. Si no completa el formulario, ni usted ni sus dependientes gozarán de los derechos de inscripción especial en caso de pérdida de otra cobertura, tal y como se ha descrito anteriormente, pero seguirá gozando de los derechos a la inscripción especial cuando tenga un nuevo dependiente por motivos de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, o en virtud de la obtención del derecho a un subsidio estatal de asistencia para primas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico infantil con respecto a la cobertura de este plan, tal y como se ha descrito anteriormente. Si no obtiene derechos de inscripción especial por la pérdida de otra cobertura, no podrá inscribirse ni inscribir a sus dependientes en el plan en ningún momento que no sea el período de inscripción abierta anual del plan, a menos que se apliquen derechos de inscripción especial debido a un nuevo dependiente por motivos de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, o en virtud de la obtención de la elegibilidad para un subsidio estatal de asistencia para primas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico infantil con respecto a la cobertura de este plan.

AVISO DE COBERTURA VÁLIDA

Aviso importante de The Breakers Palm Beach sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con The Breakers Palm Beach y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos cubiertos y su costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

Hay dos cuestiones importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare comenzó a estar disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de medicamentos recetados de Medicare o en un Plan Medicare Advantage (como HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen, como mínimo, un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. The Breakers Palm Beach ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el plan médico, en promedio para todos los participantes del plan, pague tanto como paga la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura válida. Dado que su cobertura actual es una Cobertura válida, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalización) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando reúna los requisitos para Medicare por primera vez y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su actual cobertura válida de medicamentos recetados, por causas ajenas a su voluntad, también podrá acogerse a un Período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué ocurre 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 The Breakers Palm Beach no se verá afectada. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y abandona su cobertura actual de The Breakers Palm Beach, tenga en cuenta que es posible que ni usted ni sus dependientes puedan recuperar esta cobertura.

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

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura actual con The Breakers Palm Beach y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, es posible que pague una prima más alta (una penalidad) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura válida de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima básica de beneficiario de Medicare al mes por cada mes que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura válida, su prima puede ser sistemáticamente al menos un 19% superior a la prima básica de beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una penalidad) mientras tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el mes de octubre siguiente para inscribirse.

Si desea obtener más información sobre este aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos recetados...

Póngase en contacto con la persona indicada a continuación para obtener más información.

NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si cambia esta cobertura a través de The Breakers Palm Beach. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Si desea obtener más información sobre sus opciones de cobertura de medicamentos recetados de Medicare...

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual “Medicare y usted”. Medicare le enviará una copia del manual por correo cada año. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se pongan directamente en contacto con usted.

Si desea obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte el número de teléfono en la contraportada del manual “Medicare y usted”) para obtener ayuda personalizada.
- Llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Si sus ingresos y recursos son limitados, puede obtener ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite la página web de la Seguridad Social en www.socialsecurity.gov, o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Conserve este Aviso de cobertura válida. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura válida y, por lo tanto, si debe o no pagar una prima más alta (una penalidad).

Fecha: 1 de septiembre de 2024
Nombre de la entidad/remitente: The Breakers Palm Beach
Contacto—Posición/Oficina: Cara Striluk – Benefits Services Manager
Dirección de la oficina: One South County Road
Palm Beach, FL 33480
United States
Número de teléfono: (561) 653-6661



La información que contiene esta guía es un resumen de los beneficios que tiene a su disposición y no pretende sustituir los Certificados para los miembros ni los Resúmenes de beneficios oficiales de las compañías aseguradoras. En esta guía se ofrece una descripción general de los beneficios a los que usted y sus dependientes pueden tener derecho como empleado a tiempo completo. Esta guía no modifica ni interpreta de ningún otro modo los términos de los documentos oficiales del plan. En la medida en que la información contenida en esta guía no concuerde con los documentos oficiales del plan, las disposiciones de los documentos oficiales registrarán en todos los casos y prevalecerán los documentos del plan y los certificados de la aseguradora.

En esta guía se resaltan los cambios recientes en el diseño del plan y se pretende que cumpla plenamente con los requisitos de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (“ERISA”) como un Resumen de modificaciones sustanciales y debe conservarse junto con el Resumen de la descripción del plan más reciente. El Resumen de la descripción del plan puede consultarse en SmartBen.

The Breakers se reserva el derecho, a su entera y absoluta discreción, de corregir, modificar o rescindir, total o parcialmente, alguna de las disposiciones de los planes de beneficios o todas ellas.