



# Resumen de tarifas de beneficios de 2017

Salaried / Salaried Non-Exempt



**ACCIÓN REQUERIDA: Usted DEBE participar en una sesión de inscripción para elegir o renunciar a sus beneficios de 2017.**

- **¿Cuándo entrara en vigor mis beneficios, si me inscribo correctamente?**  
60 días a partir de su fecha de contratación.
- **¿Cuándo puedo inscribirme en mis beneficios?**  
Desde la fecha de contratación hasta 30 días después de la fecha de entrada en vigor de su cobertura.
- **¿Cómo me inscribo?**  
Llame al Centro de Inscripción al **1-888-561-1552 para inglés** o **1-877-561-1552 para español** los martes a viernes, de 7 a. m. a 5 p. m. (hora de la montaña) / de 8 a. m. a 6 p. m. (hora del centro). Cerrado los lunes.

## Plan Médico y Farmacéutico

AmeriBen y Anthem/CVS Caremark

Tarifas quincenales	Empleado/familia	
	No fumador	Fumador
Emp. solo	\$45.00	\$54.00
Emp. + cónyuge	\$90.00	\$108.00
Empleado + hijo(s)	\$72.50	\$87.00
Emp. + familia	\$108.50	\$130.00

## Plan Dental

Delta Dental of Colorado

Tarifas quincenales	Básico	Premium
Emp. solo	\$4.50	\$13.50
Emp. + cónyuge	\$9.50	\$28.00
Empleado + hijo(s)	\$9.50	\$28.00
Emp. + familia	\$16.50	\$43.00

## Plan Visión

Vision Service Plan

Tarifas quincenales	
Emp. solo	\$2.12
Emp. + cónyuge	\$3.92
Empleado + hijo(s)	\$4.02
Emp. + familia	\$6.43

## Seguro de vida y seguro por discapacidad

El monto de cobertura que brinda la compañía por el **seguro de vida básico y AD&D** equivale a una vez su sueldo básico hasta un máximo de \$500,000. Usted puede contratar un **seguro de vida suplementario y un seguro por AD&D adicional**. El costo del seguro de vida suplementario se detalla en el folleto del seguro de vida.

La compañía ofrece **cobertura por discapacidad a corto plazo**. Este seguro paga un beneficio semanal por enfermedad o lesión a criterio del administrador, UNUM. El beneficio equivale al 100% de su sueldo básico por hasta 6 semanas y al 60% de su sueldo básico por las 20 semanas restantes.

También puede contratar una cobertura por **discapacidad a largo plazo**. Usted paga el costo del beneficio y la compañía le reintegra el 50%. Los empleados con un sueldo básico inferior a \$100,000 obtienen el 60% de su sueldo básico con un máximo de \$5,000 por mes. Los empleados con un sueldo básico superior a \$100,000 obtienen el 66% (2/3) de su sueldo básico con un máximo de \$15,000 por mes.

¿Tiene preguntas sobre sus beneficios? Comuníquese con la Línea de Ayuda sobre Beneficios llamando al 1-855-327-5911, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:30 p. m. (hora del centro).



# Diseño y detalles del plan de 2017

Salaried / Salaried Non-Exempt

Plan médico		
	Dentro de la red Individual/familiar	Fuera de la red Individual/familiar
Contribución a una HRA*	\$500/\$1,000	
Deducible anual	\$1,600/\$3,200	\$4,000/\$8,000
Coseguro	80%	50%
Máximo de desembolso personal	\$5,000/\$10,000	\$12,500/\$25,000
Máximo vitalicio	No hay	
Consultas Atención de urgencia Sala de emergencias	Sujeto a deducible y coseguro	
Atención preventiva	100%	Sujeto a deducible y coseguro

\*Prorrateado por la fecha de inicio

Plan farmacéutico		
	Ventas Minoristas	Envío por correo
Genéricos	\$10	\$30
De marca preferidos	20% (\$20 mín./\$50 máx.)	20% (\$60 mín./\$150 máx.)
De marca no preferidos	\$75	\$175
Especiales	35% (\$50 mín./\$150 máx.)	N/D (venta minorista únicamente)

Plan dental		
	Básico	Premium
Deducible	\$50 por persona	\$75 por persona / \$225 por familia
Atención preventiva	100%, sin deducible	100%, sin deducible
Servicios básicos	50% después del deducible	80% después del deducible
Servicios especiales	Sin cobertura	50% después del deducible
Ortodoncia*	Sin cobertura	50%, sin deducible
Máx. por año calendario	\$1,200 por persona	\$1,500 por persona
Máx. vitalicio para ortodoncia	N/C	\$1,500 por persona

\*Adultos e hijos de hasta 26 años de edad

Plan visión		
	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen (una vez cada 12 meses)	Sin copago	Hasta \$45
Marcos (una vez cada 24 meses)	Asignación de \$140	Hasta \$70
Cristales (una vez cada 12 meses)		
Cristales monofocales	Copago de \$25	Hasta \$30
Cristales bifocales	Copago de \$25	Hasta \$50
Cristales trifocales	Copago de \$25	Hasta \$65
Lentes de contacto (una vez cada 12 meses)		
Optativos	Asignación de \$140	Hasta \$105
Medicamento necesarios	Copago de \$25	Hasta \$210

## Beneficios farmacéuticos

El Administrador de Beneficios Farmacéuticos es CVS Caremark. Para obtener una lista de los medicamentos cubiertos (Formulario) pídale una copia a su representante de Recursos Humanos. Las farmacias que deberían utilizarse son ahora las farmacias CVS. Walgreens está fuera de la red.

## Cambios significativos en la situación familiar

Una vez que se inscriba, solo podrá modificar su cobertura durante el año si ocurre un cambio significativo en su situación familiar, incluidos los siguientes:

- Matrimonio o divorcio
- Nacimiento, adopción o defunción de un dependiente
- Cambio en su situación laboral o la de su cónyuge
- Cambio en su elegibilidad o la de un dependiente

Debe presentar la documentación requerida y una solicitud de cambio de inscripción a Univers en el plazo de 31 días a partir de la modificación en la situación familiar.

## Cómo agregar otro dependiente

Si desea incluir a sus dependientes en su cobertura médica, dental y/u visión, debe presentar cierta documentación como constancia de elegibilidad. Utilice la tabla en la página 4 para saber cuáles son los documentos que necesitará.

Debe enviar los documentos por fax al 610-537-2203 o por correo electrónico a [JBSPPCDocs@univers.biz](mailto:JBSPPCDocs@univers.biz). Espere 2 días hábiles para que se procese la información y luego comuníquese con nosotros para completar su inscripción.

## Beneficios voluntarios

Los seguros de enfermedades graves, accidentes y de hospital adjunto son complementos ideales de su plan médico. Si sufre una enfermedad o lesión grave, o si lo hospitalizan, estos planes pagan beneficios que pueden cubrir una parte de su deducible.

-----  
Su plan de salud se compromete a ayudarlo a alcanzar el mejor estado de salud posible. Todos los empleados que participen en un programa de bienestar pueden acceder a recompensas. Si considera que podría tener dificultades para reunir las condiciones necesarias para acceder a una recompensa en virtud de este programa de bienestar, quizás cumpla los requerimientos para obtener la misma recompensa por otros medios. Llámenos al 1-800-240-9035, y trabajaremos con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa que le corresponda por su estado de salud.



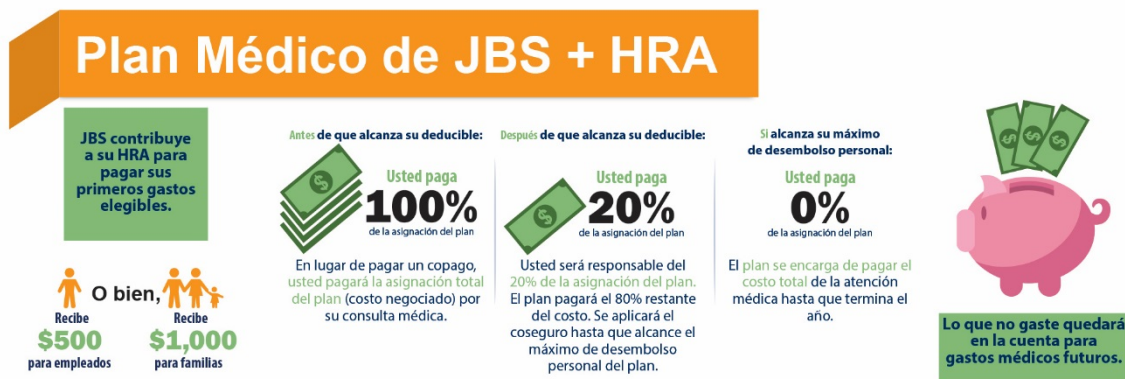
# Diseño y detalles del plan de 2017

Salaried / Salaried Non-Exempt

## Cuentas de reembolsos médicos (HRA)

Si se inscribe en el plan médico, dispone de una cuenta de reembolsos médicos (HRA). JBS luego aporta a la cuenta \$500 para cobertura individual o \$1,000 para cobertura familiar.\* Ese dinero le ayuda a pagar sus primeros gastos elegibles de atención médica.

Si para fin de año no lo ha gastado todo, el saldo pasa para el año siguiente. Esto significa que al año siguiente usted tiene más dinero para gastos y es posible que no gaste nada de su propio bolsillo en servicios de atención médica. Se le enviará un resumen trimestral para mantenerlo al corriente del saldo.



\*Prorrateado por la fecha de inicio

## Cuentas de gastos flexibles de WageWorks

Las cuentas de gastos flexibles (FSA) le permiten ahorrar dinero para determinados gastos de bolsillo de atención médica o atención de dependientes. El dinero se deduce directamente de su sueldo bruto.

JBS ofrece dos tipos de FSA:

**FSA para atención médica:** Utilícela para el pago de gastos de atención médica que reúnen los requisitos, como un coseguro, deducibles o medicamentos con receta. Los gastos dentales y visión también pueden cubrirse con la FSA para atención médica. La cuenta incluye una tarjeta de WageWorks para gastos de atención médica, la cual se enviará por correo postal a la dirección que figura en su expediente. Se pueden transferir hasta \$500 de la cuenta de 2017 a la cuenta de 2018.

*Nota: Los gastos médicos se pagarán primero de su cuenta de reembolsos médicos. Luego, puede optar por usar su cuenta de gastos flexibles.*

**FSA de atención a dependientes:** Utilícela para cubrir gastos elegibles de guardería o niñera y gastos de atención de adultos mayores, como un proveedor de cuidados, mientras usted y/o su cónyuge trabajan.

Plan	Contribución anual
FSA para atención médica	\$26 a \$2,550
FSA para gastos de dependientes	\$26 a \$5,000 (máximo de \$2,500 si está casado y presenta las declaraciones de impuestos sobre el ingreso por separado)

**NOTA:** Este documento tiene como finalidad resumir los beneficios que recibe de JBS/PPC. La determinación real de sus beneficios se basa exclusivamente en los documentos del plan provistos por la aseguradora de cada plan. Este resumen no es de naturaleza vinculante, no constituye contrato alguno ni altera ninguna documentación original del plan.



# Elegibilidad y documentación

Salaried / Salaried Non-Exempt

## Quién es elegible

**Cónyuge (incluidos cónyuges del mismo sexo):** Si no tiene cobertura disponible por medio de su respectivo empleador.

**Hijos:** De hasta 26 años de edad, independientemente de su estado civil o su condición de estudiante, aun cuando reúnan los requisitos para tener otro seguro.

## Documentación que se debe presentar para los dependientes

Si desea incluir a sus dependientes en su cobertura médica, dental y/u visión, debe presentar cierta documentación como constancia de elegibilidad.

Hijos	Cónyuge
<p><b><u>OPCIÓN A</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Certificado de nacimiento</li><li>▪ Tarjeta del Seguro Social o declaración de impuestos federales (la más reciente)</li></ul> <p><b>O bien,</b></p> <p><b><u>OPCIÓN B</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Documentación de custodia (documentos judiciales o personería jurídica)</li><li>▪ Declaración de impuestos federales (la más reciente)</li></ul> <p><b>O bien,</b></p> <p><b><u>OPCIÓN C</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Declaración jurada de los padres (hijos nacidos en el extranjero)</li><li>▪ Pasaporte sellado, tarjeta de residencia permanente (Green Card), TSA o documentación de refugiado</li></ul>	<p><b><u>OPCIÓN A</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Certificado de matrimonio/concubinato*</li><li>▪ Declaraciones conjuntas de impuestos federales (las más recientes)</li><li>▪ Declaración jurada del cónyuge con empleo</li></ul> <p><b>O bien,</b></p> <p><b><u>OPCIÓN B</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Certificado de matrimonio/concubinato*</li><li>▪ Un impuesto de la vivienda y documentación que demuestre la convivencia con fecha dentro de los últimos 60 días</li><li>▪ Tarjeta del Seguro Social</li><li>▪ Declaración jurada del cónyuge con empleo</li></ul> <p><b>O bien,</b></p> <p><b><u>OPCIÓN C</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Declaración jurada de matrimonio (si se casaron en el extranjero)</li><li>▪ Pasaporte, tarjeta de residencia permanente (Green Card), TSA o documentación de refugiado</li><li>▪ Declaración jurada del cónyuge con empleo</li></ul>
<p><i>*Si es concubinato, también un formulario de convivencia dentro de los últimos 60 días y un documento que especifique el estado actual de su relación. Por ejemplo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Registros de cuentas bancarias o de crédito conjuntas.</li><li>• Escrituras o contratos de compraventa que demuestren cotitularidad.</li><li>• Un testamento que hable de la pareja como marido y mujer.</li><li>• Y cualquier otro documento que indique que la pareja usó el mismo apellido o se trató de marido y mujer.</li></ul>	

Para todos los dependientes asegúrese de que al menos un documento especifique el número del Seguro Social y el ITIN (número de identificación fiscal) dentro de la documentación complementaria. Es posible que se requiera documentación adicional para completar su inscripción.

### Ahora que se ha inscripto:

- Complete un formulario de cambio de domicilio si se proporcionó un domicilio incorrecto durante la inscripción.
- Asegúrese de revisar su declaración de confirmación. Esta es la única manera de verificar que sus dependientes estén cubiertos. Este documento llegará 1 o 2 semanas después de la inscripción a la dirección que figura en su expediente.
- Si se inscribe, recibirá una tarjeta de identificación del seguro médico y dental. No hay tarjeta de identificación para el seguro visión.