



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 & Anthem/CVS Caremark

Tarifas semanales	Empleado/Familia No consumidor de tabaco	Empleado/Familia Consumidor de tabaco
Solo EE	\$40.00	\$48.00
EE + Cónyuge	\$96.00	\$115.00
EE + Hijo(s)	\$72.00	\$86.50
EE + Familia	\$136.00	\$163.00

Plan Dental

Delta Dental of Colorado

Tarifas semanales	Básico	Premium
Solo EE	\$3.46	\$7.60
EE + 1	\$6.28	\$13.60
EE + 2 o más	\$10.75	\$25.56

Plan de Visión

Vision Service Plan

Tarifas semanales	
Solo EE	\$2.12
EE + 1	\$3.92
EE + Familia	\$6.14

Seguro de vida y seguro de discapacidad

La compañía provee cobertura de **Seguro de vida básico y AD&D (muerte y desmembramiento accidentales)** equivalente a una vez su salario base hasta un máximo de \$500,000. Usted puede comprar **Seguro de vida suplementario y AD&D adicional**. Se detalla el costo del seguro de vida suplementario en el encarte de seguro de vida. Puede ser necesario EOI para aumentos o nuevas elecciones de seguro suplementario.

El seguro de discapacidad de corto plazo es provisto por la compañía. Este beneficio paga un beneficio semanal debido a enfermedad o lesión, según decisión del administrador, UNUM. La suma del beneficio es equivalente al 100% de su salario base por hasta 6 semanas y el 60% del salario base por 20 semanas adicionales.

Usted también puede elegir cobertura de **Discapacidad de largo plazo**. Usted y la compañía comparten el costo de este beneficio. Los empleados con un salario base de menos de \$100,000 reciben el 60% de su salario base por un valor de hasta \$5,000 por mes. Los empleados con un salario base de más de \$100,000 reciben el 66 2/3% de su salario base por un valor de hasta \$15,000 por mes. Se requiere EOI para nuevas elecciones de Discapacidad de largo plazo (LTD, por sus siglas en inglés).

¿Tiene preguntas sobre los beneficios? Llame a la Línea de ayuda de beneficios al 1-855-327-5911 (lunes – viernes, 7:30am – 5:30pm CST).

Plan Médico		
	Dentro de la red Individual/Familiar	Fuera de la red Individual/Familiar
Contribución a la HRA*	\$500/\$1,000	
Deducible anual	\$1,600/\$3,200	\$4,000/\$8,000
Coseguro	80%	50%
Mínimo de bolsillo	\$5,000/\$10,000	\$12,500/\$25,000
Máximo de por vida	Ninguna	
Visitas a consultorio	Sujeto a deducible y coseguro	
Atención urgente		
Sala de emergencias		
Atención preventiva	100%	Sujeto a deducible y coseguro

*Prorrateado por la fecha de inicio

Plan farmacéutico		
	Minorista	Encomienda postal
Genérico	\$5	\$15
Marca preferida	20% (\$20 mín./\$50 máx.)	20% (\$60 mín./\$150 máx.)
Marca no preferida	\$ 75	\$ 175
Especializado	35% (\$50 mín./\$150 máx.)	N/D - debe usar minorista

Plan Dental		
	Básico	Premium
Deducible	\$50 por persona	\$75 individual/\$225 familiar
Atención preventiva	100%, sin deducible	
Servicios básicos	50% después del deducible	80% después del deducible
Servicios mayores	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. de por vida ortodoncia	N/D	\$1,500 por persona

*Adultos y niños hasta 26 años de edad

Plan de 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
Lentes (una vez cada 12 meses)		
Lentes unifocales	Copago de \$25	Hasta \$30
Lentes bifocales	Copago de \$25	Hasta \$50
Lentes trifocales	Copago de \$25	Hasta \$65
Lentes de contacto (una vez cada 12 meses)		
Electivo	Asignación de \$140	Hasta \$105
Medicamento necesario	Copago de \$25	Hasta \$210

Beneficios farmacéuticos

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

Sucesos de la vida calificados

Una vez que se inscriba, solo podrá cambiar su cobertura durante el año si se produce un suceso de la vida calificado, tal como:

- Casamiento o divorcio
- Nacimiento, adopción o muerte de un dependiente
- Cambio en el estado de empleo para usted o su cónyuge
- Cambio en la elegibilidad para usted o un dependiente

Usted debe proveer los documentos necesarios y completar un cambio de inscripción a través de Univers en el plazo de 31 días a partir del cambio de estado familiar.

Cómo agregar un dependiente

Si desea cobertura para sus dependientes bajo los planes médico, dental y/o de la visión, deberá presentar documentación como prueba de elegibilidad. Use el cuadro en la página 4 para determinar qué documentos necesitará.

Debe enviar sus documentos por fax al 610-537-2203 o por e-mail a JBSPPCDocs@univers.biz. Por favor, espere 2 días hábiles para procesamiento y luego llame para completar su inscripción.

Beneficios voluntarios

Los seguros de enfermedad crítica, accidente e indemnización hospitalaria son complementos ideales para su plan médico. Si se enferma o lesiona gravemente, o si es hospitalizado, estos planes pagan beneficios que pueden ayudar a cubrir su deducible.

Su plan de salud se compromete a ayudarlo a ser lo más saludable posible. Hay recompensas disponibles para todos los empleados por la participación en un programa de bienestar. Si cree que podría no cumplir con una norma para una recompensa bajo este programa de bienestar, posiblemente califique para una oportunidad de recibir la misma recompensa por otros medios. Llámenos al 1.800.240.9035 y trabajaremos con usted (y, si así lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa que sea correcto para usted teniendo en cuenta su estado de salud.

Salaried / Salaried Non-exempt

Cuenta de reembolso médico (HRA, por sus siglas en inglés)

Si se inscribe en el plan médico, se abrirá una Cuenta de reembolso médico (HRA) para usted. Pilgrim's luego contribuye a la cuenta \$500 para cobertura individual o \$1,000 para cobertura familiar.* Ese dinero le ayuda a usted a pagar por sus primeros gastos de atención médica elegibles.

Si no lo gasta todo hasta fin de año, pasa al año siguiente. Esto significa que tiene más dinero para gastos el año siguiente, y es posible que no tenga que gastar ningún dinero propio para servicios de atención médica. Se le enviará un estado de cuenta trimestralmente para mantenerlo informado sobre su saldo.



*Prorrateado por la fecha de inicio

Cuentas de gastos flexibles WageWorks

Una Cuenta de gastos flexible le permite separar dinero para pagar por gastos médicos de bolsillo o gastos con el cuidado de dependientes. El dinero se descuenta directamente de su sueldo, antes de impuestos.

Pilgrim's ofrece dos tipos de Cuentas de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés):

FSA de atención médica – Se utiliza para pagar por gastos médicos elegibles, tales como deducibles, coseguro o medicamentos recetados. La FSA de atención médica también cubre gastos dentales y de la visión. Se incluye una Tarjeta de atención médica de WageWorks, la que será enviada por correo a su dirección registrada. También puede pasar de su cuenta de 2017 a su cuenta de 2018 hasta \$500.

Nota: Primero se pagarán los gastos médicos de su Cuenta de reembolso médico. Luego podrá elegir utilizar su Cuenta de gastos flexible.

FSA de cuidado de dependientes – Utilícela para pagar por gastos elegibles de cuidado diurno de niños o de niñera o cuidado de ancianos, tal como un proveedor de cuidado, mientras usted y/o su cónyuge trabajan.

Plan	Contribución anual
FSA de atención médica	\$26 a \$2,550
FSA de cuidado de dependientes	\$26 a \$5,000 (máximo de \$2,500 si es casado y presentan declaraciones de impuestos separadas)

NOTA: Esta declaración tiene el propósito de resumir los beneficios que usted recibe de IBS/PPC. La determinación efectiva de sus beneficios se base únicamente en los documentos del plan provistos por la aseguradora que ofrece cada plan. Este resumen no es legalmente vinculante, no es un contrato y no altera ninguno de los documentos originales del plan.

¿Quién es elegible?

Cónyuge (incluyendo cónyuge del mismo sexo): Podría corresponder un cargo adicional si hay cobertura disponible a través de su propio empleador.

Hijos: Hasta los 26 años de edad, independientemente de su estado civil o de estudiante, aunque sea elegible para otro seguro.

Requisitos de documentación de dependientes

Si desea cobertura para sus dependientes bajo los planes médico, dental y/o de la visión, deberá presentar documentación como prueba de elegibilidad.

Hijos	Cónyuge
<p><u>OPCIÓN A</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Certificado de nacimiento Tarjeta de SSN o Declaración de impuestos federales (la más reciente) <p>O</p> <p><u>OPCIÓN B</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Documentos de custodia (Documentos del tribunal o de una entidad legal) Declaración de impuestos federales (la más reciente) <p>O</p> <p><u>OPCIÓN C</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Declaración jurada del padre/de la madre (niños nacidos fuera del país) Pasaporte sellado, tarjeta verde, TSA o Documentos de refugiado 	<p><u>OPCIÓN A</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Certificado de casamiento/Pareja de hecho* Declaraciones de impuestos federales conjuntas (las más recientes) Declaración jurada del cónyuge que trabaja <p>O</p> <p><u>OPCIÓN B</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Certificado de casamiento/Pareja de hecho* Cuenta del hogar, documento que compruebe la convivencia con fecha de los últimos 60 días Tarjeta de SSN Declaración jurada del cónyuge que trabaja <p>O</p> <p><u>OPCIÓN C</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Declaración jurada de matrimonio (si se casó fuera del país) Pasaporte, tarjeta verde, TSA o Documentos de refugiado Declaración jurada del cónyuge que trabaja
<p>*Si es pareja de hecho, también una forma de comprobante de convivencia de los últimos 60 días y un documento que indique su estado de relación actual. Los ejemplos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Registros de una cuenta bancaria o de crédito conjuntas Escrituras o acuerdos de compra que demuestren titularidad conjunta de una propiedad Un testamento que se refiere a los componentes de la pareja como siendo esposo y esposa Cualquier otro documento que indique que la pareja usó el mismo apellido o se refirieron el uno al otro como esposo y esposa 	

Para todos los dependientes, asegúrese de que uno de los documentos de la documentación de respaldo cite el número de Seguro Social y ITIN. Se podría requerir documentación adicional para completar su inscripción.

Ahora que se ha inscrito:

- Complete el formulario de cambio de dirección si su dirección era incorrecta durante la inscripción.
- Asegúrese de controlar su declaración de confirmación. Esta es la única manera de verificar que sus dependientes reciban cobertura. Esta llegará de 1 a 2 semanas después de la inscripción a su dirección registrada.
- Si se inscribe, recibirá una tarjeta de identificación del seguro médico y dental. No hay tarjeta de identificación para el seguro visión.