



# Guía de Beneficios para el 2024

Ayudamos a tomar decisiones fundamentadas sobre los beneficios de los empleados.



1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024

Por Hora

## Índice

Bienvenida.....	3
Planes Médicos.....	5
Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) .....	6
Planes Dentales .....	11
Plan Oftalmológico.....	12
Health Joy .....	14
Lista de verificación de la Inscripción para Beneficios.....	15
Kit de Herramientas de Beneficios de Workday .....	15
Instrucciones de Inscripción .....	15
Información de Contacto .....	16
Glosario .....	17

Este documento es un resumen de la cobertura proporcionada en función de los planes de beneficios de su empleador, según la información proporcionada por su empresa. No incluye todos los términos, la cobertura, las exclusiones, las limitaciones ni las condiciones contenidos en el Documento oficial del Plan, las pólizas y los contratos de seguro aplicables (en conjunto, los “documentos del plan”). Los documentos del plan en sí deben leerse para conocer esos detalles. El propósito de este documento es proporcionarle información general sobre los planes de beneficios de su empleador. No necesariamente aborda todos los problemas específicos que puedan aplicarse a usted. No pretende proporcionar asesoramiento legal ni debe interpretarse como tal. En la medida en que cualquier información contenida en este documento sea incompatible con los documentos del plan, las disposiciones establecidas en los documentos del plan regirán en todos los casos. Si desea revisar los documentos del plan o tiene preguntas sobre temas específicos o disposiciones del plan, debe comunicarse con su Departamento de Recursos Humanos/Prestaciones.

## Bienvenida

Sus beneficios son una parte importante de su compensación general. Nos complace ofrecer una amplia gama de valiosos beneficios para proteger su salud, familia y estilo de vida. Esta guía responde algunas de las preguntas básicas que puede tener sobre sus beneficios. Léala detenidamente, junto con cualquier material complementario que reciba.

### CONTENIDO

- Planes Médicos
- Planes Dentales
- Plan Oftalmológico
- Costo de los Beneficios
- Información de Contacto

### Inscripción

Las inscripciones, los cambios o la cancelación de beneficios se deben enviar a través de Workday dentro del plazo correspondiente. En Workday se incluye información detallada sobre los planes disponibles.

### Elegibilidad

Usted es elegible para los beneficios si lo contrataron para trabajar más de 30 horas por semana. También puede inscribir a sus familiares elegibles en ciertos planes que usted elija. Los familiares elegibles incluyen lo siguiente:

- Su cónyuge legalmente casado (si no se le ofreció cobertura en su lugar de trabajo).
- Sus hijos biológicos, hijastros, adoptados o bajo su custodia legal (puede haber restricciones de edad). Los hijos discapacitados de 26 años o más que cumplan ciertos criterios pueden continuar con su cobertura médica.

### Cuándo Comienza la Cobertura

- **Empleados Nuevos:** debe completar el proceso de inscripción en Workday dentro de los 30 días posteriores a la fecha de contratación. Si se inscribe dentro de su período de 30 días, la cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a los 60 días a partir de la fecha de su contratación.

Si no se inscribe dentro de los 30 días a partir de la fecha de contratación, NO tendrá cobertura de beneficios (excepto para los beneficios que paga la empresa para los empleados elegibles).

- **Inscripción Abierta:** tendrá la oportunidad de inscribirse o hacer cambios en su cobertura anualmente durante la inscripción abierta, que normalmente ocurre en noviembre. Los cambios realizados durante la inscripción abierta entrarán en vigencia el 1 de enero del año siguiente.



**Información requerida:** cuando se inscriba, deberá ingresar un número de Seguro Social (SSN) para todos los dependientes cubiertos. La Ley de Atención Médica Asequible (ACA), conocida como la reforma de la atención médica, requiere que la empresa presente esta información al IRS (del inglés, *Internal Revenue Service*, Servicio de Impuestos Internos) cada año para demostrar que usted y sus dependientes tienen cobertura. Esta información se enviará de forma segura al IRS y permanecerá confidencial.

## ¡Elija Cuidadosamente!

Debido a las regulaciones del IRS, no puede cambiar sus elecciones hasta el próximo período de Inscripción Abierta anual, a menos que tenga un evento de vida calificado durante el año. A continuación, se presentan ejemplos de los eventos de vida calificados más comunes:

- Matrimonio o divorcio
- Nacimiento o adopción de un niño
- Muerte de un cónyuge o hijo
- Usted pierde la cobertura del plan de su cónyuge
- Usted obtiene el acceso a la cobertura estatal de Medicaid o CHIP

## Realizar Cambios

**Para realizar cambios en sus elecciones de beneficios, debe hacerlo en Workday dentro de los 30 días posteriores al evento de vida calificado (incluidos los recién nacidos).** Se le solicitará que adjunte documentación a su solicitud de Workday para el evento, como una licencia de matrimonio, un certificado de nacimiento o una sentencia de divorcio. Si los cambios no se envían dentro de los 30 días posteriores al evento calificado, debe esperar hasta el próximo período de Inscripción Abierta para realizar los cambios de elección.



## Planes Médicos

Usted es elegible para inscribirse en uno de los cuatro planes médicos que ofrece la cobertura de grupo de la empresa. Tres de los planes médicos: un HDHP (del inglés *High Deductible Health Plan*, Plan de Salud con Deducible Alto) y dos PPO (del inglés *Preferred Provider Organization*, Plan de Organización de Proveedores Preferidos) de BlueCross BlueShield of TN proporcionan cobertura médica y de medicamentos recetados integral. El cuarto plan médico, Symetra (MEC, del inglés *minimum essential coverage*, cobertura mínima esencial), proporciona cobertura mínima esencial, así como un monto fijo de beneficios para servicios que no incluye esta cobertura. Los planes también ofrecen muchos recursos y herramientas para ayudarle a mantener un estilo de vida saludable. A continuación, se presenta una breve descripción de cada plan.

### ¿Cuál Plan de Salud es Adecuado para Usted?

*La atención preventiva está cubierta al 100 % en todas las opciones del plan proporcionadas.*

#### BlueCross BlueShield of Tennessee

##### Opción 1: Plan BCBSTN PPO High: ¡NUEVO! (deducible de \$2,000/\$4,000)

- El deducible más bajo y los gastos de bolsillo máximos de los planes de BCBSTN.
- Este plan tiene copagos para visitas al consultorio (\$25), especialistas (\$50) y atención de urgencia (\$70), así como copagos para medicamentos recetados (\$10/\$10/\$35/\$60).

##### Opción 2: BCBSTN HDHP (deducible de \$3,000/\$6,000)

- Sin copagos por visitas al médico, recetas o visitas de atención de urgencia (usted paga el costo total hasta alcanzar el deducible).
- ¡Puede aportar dinero a su HSA (del inglés *Health Savings Account*, Cuenta de Ahorros para la Salud) antes de los impuestos!
- El saldo de su HSA puede aumentar si se utiliza con inteligencia. El dinero de la HSA que no se utiliza se transferirá cada año.

##### Opción 3: Plan BCBSTN PPO Bajo (deducible de \$4,000/\$8,000)

- El deducible más alto y los gastos de bolsillo máximos de los planes de BCBSTN.
- Este plan tiene copagos para visitas al consultorio (\$30), especialistas (\$60) y atención de urgencia (\$125), así como copagos para medicamentos recetados (\$10/\$10/\$35/\$60).

#### Symetra

##### Opción 4: Plan Médico MEC

- Este plan cumple con los requisitos mínimos de cobertura esencial. Se paga un monto fijo de beneficios para ayudar a cubrir el costo de los servicios médicos comunes, como las visitas al médico, las radiografías y los análisis de laboratorio para diagnóstico y las internaciones en el hospital.
- No hay deducibles ni copagos.
- Los beneficios no se pagarán si visita a un proveedor fuera de la red Multiplan.
- Se incluye un Plan de Seguro de Vida de \$10,000 sin costo adicional.



## Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)

Puede contribuir a su HSA a través de las deducciones de nómina antes de los impuestos para ayudar a compensar su deducible anual y pagar los gastos calificados de la atención médica. **Para poder tener una HSA, debe inscribirse en un plan de salud con deducible alto y no puede tener cobertura a través de los programas de Medicare Parte A o Parte B o TRICARE.**

**Importante:** Sus contribuciones no pueden exceder los límites anuales del IRS que se indican a continuación.

Límite de Contribución de la HSA	2024
Solo Empleado	\$4,150
Familia (empleado + 1 o más)	\$8,300
Recuperación (mayores de 55 años)	\$1,000

La HSA es suya de por vida. El dinero es suyo para gastar o ahorrar, independientemente de si cambia de planes de salud<sup>2</sup>, se jubila o deja la empresa. No operamos con la regla “úselo o piérdalo”. Su cuenta se vuelve libre de impuestos con el tiempo a medida que continúa transfiriendo los dólares que no utiliza de un año a otro. Usted decide si desea gastar los fondos de su HSA o cómo hacerlo. Puede usarlos para pagar sus gastos calificados de atención médica y los de sus dependientes, según lo define el IRS, incluidos la mayoría de los gastos médicos, de medicamentos recetados, dentales y oftalmológicos.

<sup>1</sup> Libre de impuestos según la ley federal; pueden aplicarse reglas estatales de impuestos.

<sup>2</sup> Debe haberse inscrito en el plan de salud calificado para contribuir a una HSA.



BlueCross BlueShield of TN

	Plan PPO Alto: ¡NUEVO!	Plan HDHP Medio	Plan PPO Bajo
Beneficios Médicos Clave	Dentro de la Red	Dentro de la Red	Dentro de la Red
<b>DEDUCIBLE</b> (por año calendario)			
<b>Individual/Familiar</b>	\$2,000/\$4,000	\$3,000/\$6,000	\$4,000/\$8,000
<b>GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO</b> (por año calendario)			
<b>Individual/Familiar</b>	\$4,000/\$8,000	\$5,000/\$10,000	\$8,000/\$16,000
<b>SERVICIOS CUBIERTOS</b>			
<b>Visitas al Consultorio</b> (médico/especialista)	\$25/\$50	20 % después del deducible	\$30/\$60
<b>Atención Preventiva de Rutina</b>	Cobertura de un 100 %	Cobertura de un 100 %	Cobertura de un 100 %
<b>Diagnóstico de Pacientes Ambulatorios</b> (laboratorio/radiografías)	20 % después del deducible	20 % después del deducible	20 % después del deducible
<b>Imagenología compleja</b>	20 % después del deducible	20 % después del deducible	20 % después del deducible
<b>Quiropráctica</b>	Copago de \$50	20 % después del deducible	Copago de \$60
<b>Telesalud</b>	Copago de \$10	20 % después del deducible	Copago de \$10
<b>Ambulancia</b>	20 % después del deducible	20 % después del deducible	20 % después del deducible
<b>Sala de Urgencias</b>	Copago de \$250	20 % después del deducible	20 % después del deducible
<b>Centros de Atención de Urgencia</b>	Copago de \$70	20 % después del deducible	Copago de \$125
<b>Hospitalización para Pacientes Internados</b>	20 % después del deducible	20 % después del deducible	20 % después del deducible
<b>Cirugía Ambulatoria</b>	20 % después del deducible	20 % después del deducible	20 % después del deducible
<b>MEDICAMENTOS RECETADOS</b> (Nivel 1/Nivel 2/Nivel 3/Nivel 4)			
<b>Farmacia Minorista</b> (Suministro para 30 días)	\$10/\$35/\$60/\$100 de copago, luego 20 % hasta un máximo de \$2,000	20 % después del deducible	\$10/\$35/\$60/\$100 de copago, luego 20 % hasta un máximo de \$2,000
<b>Venta por Correo</b> (Suministro para 90 días)	\$20/\$70/\$120/\$100 de copago, luego 20 %	20 % después del deducible	\$20/\$70/\$120/\$100 de copago, luego 20 %

Los porcentajes de coseguro y los montos de copago que se muestran en la tabla anterior representan lo que el miembro debe pagar.

Para poder tener una HSA, no puede tener cobertura a través de los programas de Medicare Parte A o Parte B o TRICARE. Consulte los documentos del plan para conocer todos los detalles.

1. Si utiliza un proveedor fuera de la red, deberá pagar los cargos que superen el monto máximo permitido. Consulte la SPD (del inglés *Summary Plan Description*, Descripción Resumida del Plan) para obtener más información.



Hable con Médicos  
en Cualquier  
Momento que los  
Necesite



Utilice Teladoc™ Health cuando no sea una emergencia y no pueda ir a una consulta presencial con un médico. **Está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y normalmente pagará menos de lo que pagaría por una visita al consultorio o a una clínica de atención urgente.**

**Teladoc Health puede utilizarse para cosas como:**

- › Alergias, resfrío, fiebre y gripe
- › Dolor de oído
- › Náuseas y vómitos
- › Estreñimiento o diarrea
- › Apoyo para la salud mental
- › Conjuntivitis
- › Problemas sinusales o respiratorios
- › Infección del tracto urinario
- › Afecciones de la piel (erupciones o picaduras de insectos)



### ¿Cómo uso Teladoc Health?

Puede comenzar utilizando el chat por video en línea o nuestra aplicación gratuita BCBSTN. Solo tenga su tarjeta de Identificación de Miembro disponible. Es fácil comenzar. Regístrese iniciando sesión en nuestra aplicación BCBSTN o en [bcbst.com/Teladoc](https://www.bcbst.com/Teladoc) y eligiendo **Hablar con un Médico Ahora**. También puede llamar al **1-800-TELADOC**.

La primera vez que utilice Teladoc Health, deberá completar una breve encuesta de antecedentes médicos y crear una cuenta. La próxima vez que la utilice, podrá conectarse a través de nuestra aplicación y hablar con un médico en cuestión de minutos.



## Plan Médico Symetra (MEC)

Este plan cumple con los requisitos mínimos de cobertura esencial. Se paga un monto fijo de beneficios para ayudar a cubrir el costo de los servicios médicos comunes, como las visitas al consultorio del médico, las radiografías y los análisis de laboratorio para diagnóstico ambulatorio y las internaciones en el hospital. No hay deducibles ni copagos y se pagan los beneficios hasta que alcance el máximo por calendario del plan. El plan incluye una cobertura médica de pago fijo llamada Beneficios Selectos, que puede ayudar a reducir los gastos de bolsillo para otros tipos de servicios, como visitas al consultorio del médico de atención no preventiva, internaciones en el hospital y más. Los beneficios no se pagarán si visita a un proveedor fuera de la red Multiplan. El paquete de beneficios paga el 100 % de los servicios de atención preventiva cubiertos. El plan también incluye un Plan de Seguro de Vida de \$10,000 sin costos adicionales. Ciertos estados regulan la cobertura de seguro proporcionada a los empleados que residen en ese estado, aunque la póliza de seguro grupal se emita en Tennessee.

A continuación, se presenta una descripción general de alto nivel de la cobertura disponible. Para obtener los detalles completos de la cobertura, consulte el Resumen de Descripción del Plan (SPD).

	<b>Atención Esencial Mínima de Symetra</b>	<b>Atención Esencial Mínima de Symetra</b>	<b>Atención Esencial Mínima de Symetra</b>
	* Residentes de todos los estados (excepto Colorado, Florida, Kansas, Missouri y Washington)	* Solo para residentes de Kansas y Colorado	* Solo para residentes de Florida, Missouri y Washington
<b>Beneficios Médicos Clave</b>	<b>Dentro de la Red</b>	<b>Dentro de la Red</b>	<b>Dentro de la Red</b>
<b>Visitas al Consultorio</b> (médico/especialista)	Máximo de \$65 por día y \$325 por persona por año calendario	N/A	Máximo de \$70 por día y \$350 por persona por año calendario
<b>Atención Preventiva de Rutina</b>	Cobertura del 100 %	Cobertura del 100 %	Cobertura del 100 %
<b>Diagnóstico de Pacientes Ambulatorios</b> (laboratorio/radiografías)	Máximo de \$65 por día y \$325 por persona por año calendario	N/A	Máximo de \$65 por día y \$325 por persona por año calendario
<b>Sala de Urgencias</b>	N/A	\$150 por día y \$300 por persona por año calendario	N/A
<b>Beneficios Hospitalarios para Pacientes Internados</b>	500 días de por vida, a menos que se indique lo contrario	500 días de por vida, a menos que se indique lo contrario	500 días de por vida, a menos que se indique lo contrario
<b>Cirugía Ambulatoria</b>	N/A	N/A	N/A
<b>INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA</b>			
<b>Beneficio de Indemnización Hospitalaria</b>	\$200 por día, máximo de 10 días por persona por año calendario	\$600 por día, máximo de 10 días por persona por año calendario	\$200 por día, máximo de 10 días por persona por año calendario
<b>Cuidados Intensivos</b>	\$400 por día, máximo de 10 días por persona por año calendario	\$1200 por día, máximo de 10 días por persona por año calendario	\$400 por día, máximo de 10 días por persona por año calendario
<b>Abuso de Sustancias</b>	\$200 por día, máximo de 10 días por persona por año calendario	\$600 por día, máximo de 10 días por persona por año calendario	\$200 por día, máximo de 10 días por persona por año calendario
<b>Enfermedad Mental</b> (máximo de 180 días de por vida)	\$100 por día, máximo de 10 días por persona por año calendario	\$300 por día, máximo de 10 días por persona por año calendario	\$100 por día, máximo de 10 días por persona por año calendario
<b>Centro de Enfermería Especializada</b>	\$100 por día, máximo de 60 días consecutivos por estancia	\$300 por día; máximo de 60 días consecutivos por estancia	\$100 por día, máximo de 60 días consecutivos por estancia
<b>MEDICAMENTOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS</b>			
<b>Beneficio de Medicamentos para Pacientes Ambulatorios</b> Solo Genéricos	\$5 por día, máximo de 12 días por persona por año calendario	N/A	\$5 por día, máximo de 12 días por persona por año calendario

Ciertos estados regulan la cobertura de seguro proporcionada a los empleados que residen en ese estado, aunque la póliza de seguro grupal se emita en Tennessee. Tenga en cuenta que pueden aplicarse máximos por persona y por año calendario.

Primas para 2024

Planes Médicos		
	Prima Semanal	Prima Mensual
<b>PLAN MÉDICO PPO BAJO</b>		
Solo Empleado	\$25.19	\$109.15
Empleado + Cónyuge	\$86.56	\$375.11
Empleado + Hijo(s)	\$75.03	\$325.13
Familia (Cónyuge + 1 o más Dependientes)	\$109.81	\$475.83
<b>PLAN MÉDICO HDHP</b>		
Solo Empleado	\$34.49	\$149.46
Empleado + Cónyuge	\$98.71	\$427.73
Empleado + Hijo(s)	\$81.29	\$352.24
Familia (Cónyuge + 1 o más Dependientes)	\$115.95	\$502.46
<b>PLAN MÉDICO PPO ALTO: ¡NUEVO!</b>		
Solo Empleado	\$72.30	\$313.31
Empleado + Cónyuge	\$164.54	\$713.00
Empleado + Hijo(s)	\$140.59	\$609.23
Familia (Cónyuge + 1 o más Dependientes)	\$219.64	\$951.79
<b>PLAN MÉDICO SYMETRA</b>		
Solo Empleado	\$8.52	\$36.92
Empleado + Cónyuge	\$18.75	\$81.24
Empleado + Hijo(s)	\$15.63	\$67.71
Familia (Cónyuge + 1 o más Dependientes)	\$24.09	\$104.40



## Planes Dentales

El DPPO Estándar: Este plan le ofrece la libertad y la flexibilidad de usar el dentista de su elección. Sin embargo, maximizará sus beneficios y reducirá sus costos de bolsillo si elige un dentista que participe en la red Ameritas.

A continuación, se presenta una descripción general de alto nivel de la cobertura disponible.

Beneficios Dentales Clave	El Dental Estándar: DPPO por hora	
	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<b>DEDUCIBLE</b> (por año calendario)		
<b>Individual/Familiar</b>	\$50/\$150	
<b>BENEFICIOS MÁXIMOS</b> (por año calendario; servicios preventivos, básicos y avanzados combinados)		
<b>Por Persona</b>	\$1,250	
<b>SERVICIOS CUBIERTOS</b>		
<b>Servicios Preventivos</b>	20 %*	
<b>Servicios Básicos</b>	40 %*	
<b>Servicios Avanzados</b>	50 %*	
<b>Ortodoncia</b> (solo niños)	N/A	

\* Los beneficios marcados con un asterisco (\*) exigen que se alcance el deducible antes de que el Plan comience a pagar.

1. Si utiliza un proveedor fuera de la red, deberá pagar los cargos que superen el monto máximo permitido.



## Plan Oftalmológico

Este plan oftalmológico estándar le brinda la libertad de buscar atención del proveedor que usted elija. Si embargo, maximizará sus beneficios y reducirá sus costos de bolsillo si elige un proveedor que participe en la red VSP Choice.

A continuación, se presenta una descripción general de alto nivel de la cobertura disponible.

Beneficios Oftalmológicos Clave	Dentro de la Red	Reembolso fuera de la Red
<b>Deducible</b>	\$10 por examen; \$25 lentes o marcos	\$10 por examen; \$25 lentes o marcos
<b>Examen</b> (una vez cada 12 meses)	Cobertura Total	de hasta \$45
<b>LENTE</b> (una vez cada 12 meses)		
<b>Lentes Monofocales</b>	Cobertura Total	Hasta \$30
<b>Lentes Bifocales</b>		Hasta \$50
<b>Lentes Trifocales</b>		Hasta \$65
<b>MARCOS</b>		
<b>Marcos</b> (una vez cada 24 meses)	Cobertura de hasta \$150	Hasta \$75
<b>LENTE DE CONTACTO</b>		
<b>Medicamento necesario</b> (una vez cada 12 meses en lugar de los anteojos)	Cobertura Total	Hasta \$210



**Primas para 2024**

<b>PLAN DENTAL PARA EMPLEADOS POR HORA</b>		
	<b>Primas Semanales</b>	<b>Primas Mensuales</b>
<b>EL PLAN DENTAL ESTÁNDAR (RED AMERITAS)</b>		
<b>Solo Empleado</b>	\$3.34	\$14.46
<b>Empleado + Cónyuge</b>	\$7.33	\$31.78
<b>Empleado + Hijo(s)</b>	\$7.60	\$32.92
<b>Familia (Cónyuge + 1 o más Dependientes)</b>	\$10.55	\$45.73

<b>ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA</b>		
	<b>Primas Semanales</b>	<b>Primas Mensuales</b>
<b>EL PLAN OFTALMOLÓGICO ESTÁNDAR (RED VSP CHOICE)</b>		
<b>Solo Empleado</b>	\$1.07	\$4.64
<b>Empleado + Cónyuge</b>	\$2.14	\$9.28
<b>Empleado + Hijo(s)</b>	\$2.16	\$9.36
<b>Familia (Cónyuge + 1 o más Dependientes)</b>	\$3.45	\$14.96



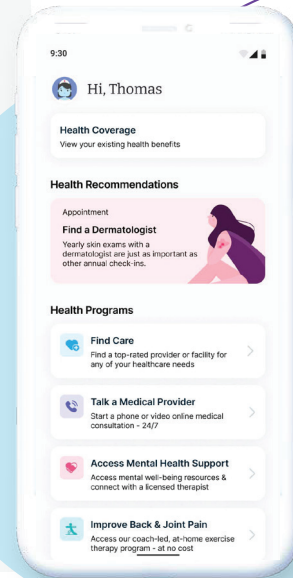
# HealthJoy Facilita la Salud y el Bienestar.

HealthJoy es el punto de acceso virtual para todas sus necesidades de navegación de atención médica y beneficios para empleados. Su empresa nos proporciona de manera gratuita para ayudarlo a comprender y aprovechar al máximo sus beneficios. Lo conectamos a usted y a su familia con los beneficios correctos en el momento adecuado de su viaje de atención médica, lo que le permite ahorrar tiempo, dinero y frustración.

## Ayuda para su Viaje de Atención Médica.

Con acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana a nuestro equipo de asistencia de atención médica, visitas y herramientas de navegación de atención, nunca tendrá que caminar solo. HealthJoy lo ayuda a encontrar médicos dentro de la red, a encontrar ahorros adicionales en sus recetas y a explorar sus beneficios. Nuestra aplicación móvil y nuestro equipo de asistencia para miembros están siempre a su disposición a fin de ayudarlo a mantenerse bien y saludable.

HealthJoy



**BILLETERA DE BENEFICIOS**



**ASISTENCIA DE ATENCIÓN MÉDICA**



**REVISIÓN DE AHORROS DE MEDICAMENTOS RECETADOS**



**RESERVA DE CITAS**



**RECOMENDACIONES DE PROVEEDORES**



**APOYO HSA/FSA**



Me ahorró el tiempo que habría dedicado buscando resultados en Google, llamando a especialistas y buscando una cita. En lugar de eso, simplemente hice la solicitud y HealthJoy hizo el trabajo. ¡La aplicación es como mi pequeño asistente!



Veronica, AZ

Hable con nosotros hoy mismo iniciando sesión en la aplicación **HealthJoy** o llamando al **(877) 500-3212**



ESCANÉAME

## Lista de verificación de la Inscripción para Beneficios

- **Inscripción para beneficios de empleados nuevos:** complete el evento de inscripción de empleados nuevos en Workday dentro de los 30 días posteriores a la fecha de contratación. Además, si se inscribe en el plan médico HDHP de BlueCross BlueShield of TN, tendrá la opción de inscribirse en la Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) en el evento de inscripción para de empleados nuevos.

*Nota: Si no se inscribe dentro del período de 30 días, la próxima oportunidad para inscribirse será durante el próximo Período de Inscripción Abierta de Beneficios Anual.*

- **Descargue la aplicación HealthJoy:** tan pronto como complete el evento de inscripción de empleados nuevos en Workday, HealthJoy enviará la información de activación a su correo electrónico registrado en Workday. Puede comunicarse con HealthJoy para obtener instrucciones sobre la descarga o activación de la aplicación.

*Nota: Debe haberse inscrito en BlueCross BlueShield of TN (HDHP o PPO) para ser elegible para esta opción.*

- **Inscripción a 401(k):** recibirá el evento de Inscripción Abierta Trimestral a 401(k) en su bandeja de entrada de Workday el primer período de Inscripción Abierta Trimestral a 401(k) después de 60 días de empleo.

## Kit de Herramientas de Beneficios de Workday

Sus beneficios, información y documentos correspondientes están disponibles en Workday, para acceder al inicio de sesión del Kit de Herramientas de Beneficios en Workday y seguir las instrucciones que se indican a continuación.

### Cómo Acceder al Kit de Herramientas de Beneficios de Workday

1. Vaya a la página de inicio en Workday.
2. En el lado derecho de la página, haga clic en folleto de beneficios.
3. Haga clic en cualquiera de los Enlaces Externos si desea ver su sitio web.
4. Si desea información adicional, haga clic en la pestaña *Benefits Tool Kit* (Kit de Herramientas de Beneficios) en la parte superior de la página, debajo de *External Link* (Enlaces Externos).
5. En el centro de la página, haga clic en *Benefits Tool Kit* (Kit de Herramientas de Beneficios).
6. En la parte inferior de la página, verá el archivo zip *Benefits Tool Kit*; haga clic en él.
7. En la parte superior de la página, en *Name* (Nombre), haga clic en el archivo *Benefits Tool Kit*.
8. Seleccione cualquier documento que desee revisar.

## Instrucciones de Inscripción

### Instrucciones Paso a Paso

La Inscripción Abierta se realiza entre el 1 y el 15 de noviembre; siga estos pasos para inscribirse en los Beneficios de Workday 2024 a través del autoservicio para empleados en línea:

1. Inicie sesión en Workday.
2. En la sección *Awaiting Your Action* (Esperando su Acción), haga clic en la tarea *Open Enrollment Change* (Cambio de Inscripción Abierta) o haga clic en el ícono de sobre en la esquina superior derecha de la pantalla para ir a *All Inbox Items* (Todos los Elementos de la Bandeja de Entrada).
3. Haga clic en *Let's Get Started* (Comencemos).
4. Seleccione cada mosaico de beneficios uno a la vez para revisar sus opciones de elección, inscribirse o realizar cambios en el plan. Para cada plan, haga clic en *Select* (Seleccionar) o *Waive* (Renunciar), luego haga clic en *Confirm and Continue* (Confirmar y continuar). Tendrá la opción de agregar, cambiar o eliminar dependientes y, a continuación, haga clic en *Save* (Guardar).
5. Una vez que haya realizado todas sus elecciones, haga clic en *Review and Sign* (Revisar y Firmar). Después de revisar la página *Summary* (Resumen), haga clic en *I Accept* (Acepto) para la Firma Electrónica y haga clic en *Submit* (Enviar) y *Done* (Listo) en la parte inferior de la página.

**Workday:** <https://wd5.myworkday.com/wday/authgwy/vincitgroup/login.html>

## Información de Contacto

Beneficio	Administrador	Teléfono	Sitio web
Servicio médico	BlueCross BlueShield of TN HDHP y PPO	800.565.9140	<a href="https://www.bcbst.com/">https://www.bcbst.com/</a>
	Symetra Medical	800.497.3699	<a href="http://www.symetra.com">www.symetra.com</a>
Atención Dental	The Standard	800.547.9515	<a href="http://www.standard.com">www.standard.com</a>
Atención Oftalmológica	The Standard	800.877.7195	<a href="http://www.standard.com">www.standard.com</a>

### Sitio Web de Beneficios

Envíe sus elecciones en Workday. Puede acceder en cualquier momento al Kit de Herramientas de Beneficios cada vez que desee información adicional sobre nuestros programas de beneficios.

### ¿Preguntas?

Si tiene preguntas adicionales, también puede comunicarse con:

**HealthJoy**

**877.500.3212**

**[support@healthjoy.com](mailto:support@healthjoy.com)**

**Nota:** Solo los empleados que estén inscritos en la cobertura médica de BlueCross BlueShield of TN pueden comunicarse con HealthJoy.

**Coordinador Corporativo de Beneficios de RR. HH.**

**423.771.4966**

**[Candace.Wiley@vincitgroup.com](mailto:Candace.Wiley@vincitgroup.com)**





## Glosario

**Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP):** tipo de plan de seguro médico con un deducible más alto que los planes tradicionales. Por lo general, tiene primas mensuales más bajas, pero requiere que las personas paguen un monto de bolsillo más alto antes de que se active la cobertura del seguro.

**Plan Organización de Proveedores Preferidos (PPO):** tipo de plan de seguro médico que permite a las personas elegir proveedores de atención médica de una red de proveedores preferidos. Los planes PPO ofrecen más flexibilidad para elegir médicos y especialistas sin necesidad de una remisión.

**Coseguro:** porcentaje de los costos de atención médica que una persona debe pagar después de alcanzar el deducible. Por ejemplo, si el coseguro es del 20 %, la persona paga el 20 % del costo y la compañía de seguros paga el 80 % restante.

**Gasto Máximo de Bolsillo:** monto máximo que una persona debe pagar por los servicios de atención médica cubiertos en un año determinado. Una vez que se alcanza el gasto máximo de bolsillo, la compañía de seguros cubre el 100 % de los costos restantes.

**Copago:** monto fijo que una persona paga por un servicio de atención médica cubierto, como una visita al médico o un medicamento recetado. Los copagos suelen pagarse en el momento del servicio.

**Deducible:** monto que una persona debe pagar de su bolsillo por los servicios de atención médica cubiertos antes de que la compañía de seguros comience a contribuir.

**Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA):** cuenta de ahorros con ventajas impositivas que las personas con planes de salud con deducibles altos pueden utilizar para ahorrar dinero en gastos médicos. Las contribuciones a una HSA son deducibles de impuestos y los fondos pueden utilizarse para pagar gastos médicos calificados.

**Dentro de la Red:** proveedores de atención médica, hospitales y centros que han celebrado un contrato con una compañía de seguros para brindar servicios a tarifas con descuento a los miembros del plan. Los servicios dentro de la red generalmente tienen costos de bolsillo más bajos para las personas.

**Fuera de la Red:** proveedores de atención médica, hospitales y centros que no tienen contrato con el plan de seguro de una persona. Los servicios fuera de la red pueden tener costos de bolsillo más altos o pueden no estar cubiertos por el plan de seguro en absoluto.

**Autorización previa:** proceso para obtener la aprobación de una compañía de seguros antes de recibir ciertos servicios o tratamientos de atención médica. La autorización previa ayuda a garantizar que el servicio sea médicamente necesario y esté cubierto por el plan de seguro.

## Notas

## Notas

Esta guía de beneficios fue preparada por



# Gallagher

Insurance | Risk Management | Consulting

