

# THE FEDCAP GROUP

The Power of Possible



- i** Información de contacto
- 1** Elegibilidad e inscripción
- 3** Créditos de salud y bienestar
- 4** ¿Que hay de nuevo o qué está cambiando?
- 5** Beneficios médicos
- 7** Cuenta de reembolso de salud
- 8** Programa de bienestar médico
- 9** Beneficios dentales
- 10** Beneficios para la visión
- 11** Cuentas de gastos flexibles
- 12** Vida/Accidentes y discapacidad
- 13** Beneficios adicionales
  - Plan de ahorros 403(b)
  - Hyatt Legal Plan
  - Beneficios para viajeros frecuentes
- 15** Divulgaciones legales

## Guía de beneficios de 2019 *para* Trabajadores del cliente

Bienvenido al programa de beneficios competitivo e integral de Fedcap Group. Sabemos la importancia de tener beneficios grupales y de salud buenos y asequibles. Nuestro programa está diseñado para reconocer las diferentes necesidades de nuestra fuerza laboral y brindarle la flexibilidad para elegir los planes adecuados para usted y su familia.

Esta guía proporciona un panorama de sus beneficios. Asegúrese de revisar cuidadosamente esta guía para comprender mejor los planes ofrecidos y elegir las coberturas que necesita para el año. Si necesita información adicional sobre los beneficios, comuníquese con el Centro de servicios de beneficios al [1-866-533-3227](tel:1-866-533-3227) o a [benefitservicecenter@fedcap.org](mailto:benefitservicecenter@fedcap.org)

## Información de contacto



### Centro de servicios de beneficios de Fedcap

Comuníquese con el Centro de servicios de beneficios de Fedcap al **1-866-533-3227** si tiene preguntas sobre los beneficios o necesita ayuda con la inscripción. Los representantes de beneficios están disponibles de lunes a viernes entre las 9:00 a. m. y 5:00 p. m., hora del este. También puede enviar preguntas por correo electrónico, en cualquier momento, a [benefit-service-center@fedcap.org](mailto:benefit-service-center@fedcap.org).

Durante la Inscripción abierta, los representantes de beneficios están disponibles de lunes a viernes entre las 9:00 a. m. y 7:00 p. m., hora del este, el sábado 10 de noviembre de 2018 y el domingo 11 de noviembre de 2018 entre las 12:00 p. m. y las 5:00 p. m., hora del este.

Beneficios/Operador	Teléfono	Sitio web
<b>Plan médico</b> Empire BCBS	800-435-1385 800-241-6894 (TDD) (dispositivo de comunicaciones para sordos) 877-536-4320 (Express Scripts)	<a href="http://www.empireblue.com">www.empireblue.com</a>
<b>Línea de enfermeras las 24 horas</b> Empire BCBS	877-825-5276	N/C
<b>LiveHealth Online</b>	844-784-8409	<a href="http://www.livehealthonline.com">www.livehealthonline.com</a>
<b>Plan dental</b> Empire BCBS	877-606-3338	<a href="http://www.empireblue.com">www.empireblue.com</a>
<b>Plan de visión</b> Empire BCBS	866-723-0515	<a href="http://www.empireblue.com">www.empireblue.com</a>
<b>FSA (cuenta de gastos flexibles) &amp; eTRAC (cuenta de viajero)</b> Benefit Resource Inc.	800-473-9595	<a href="http://www.benefitresource.com">www.benefitresource.com</a> (código de la compañía: fedcap Identificación de inicio de sesión: su número de seguro social completo contraseña: código postal de su domicilio)
<b>Vida/Accidentes, discapacidad</b> The Hartford	800-523-2233	<a href="http://www.thehartford.com">www.thehartford.com</a>
<b>Manejo de licencias (FMLA y otras licencias)</b> The Hartford	877-822-3184	<a href="http://www.thehartford.com">www.thehartford.com</a>
<b>Plan de ahorros 403(b)</b> Mutual of America	212-587-9045	<a href="http://www.mutualofamerica.com">www.mutualofamerica.com</a>
<b>Plan legal</b> Hyatt Legal Plans	800-821-6400 Lunes - viernes: 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Contraseña: MetLaw	<a href="http://www.legalplans.com">www.legalplans.com</a> (código de acceso: 1500985)

El contenido de este folleto de beneficios tiene fines informativos solamente y no constituye una oferta de cobertura ni asesoramiento médico ni legal. Contiene solamente una descripción parcial de los beneficios del plan o del programa y no constituye un contrato. En caso de un conflicto entre el contrato de su plan y esta información, regirá el contrato de su plan. Si bien se considera que este material es preciso al momento de la fecha de impresión, está sujeto a cambios. Si tiene preguntas sobre los beneficios disponibles para usted como empleado elegible de The Fedcap Group, sírvase comunicarse con el Centro de servicio de beneficios.

Los beneficios médicos, dentales y de la visión son administrados y están cubiertos por Empire Blue Cross Blue Shield. Los beneficios por discapacidad de corto plazo, de seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento son administrados y están cubiertos por The Hartford.

Todas las marcas comerciales, los nombres comerciales o de las compañías mencionados en el presente se usan solo con fines informativos y de identificación y son de propiedad exclusiva de sus respectivos propietarios.



## Elegibilidad

**Para usted:** Usted es elegible para los beneficios si es empleado regular de tiempo parcial o de tiempo completo después de 30 días de haber sido contratado.\*

**Para sus dependientes.** Sus dependientes son elegibles para la cobertura en la misma fecha que usted. Sus dependientes elegibles son:

- ▶ Cónyuge legal
- ▶ Hijos de hasta 26 años, incluso hijastros, hijos adoptivos e hijos en adopción temporal (para servicios médicos, dentales y de la visión)
- ▶ Un hijo discapacitado de cualquier edad (con documentación de discapacidad) que depende de usted para recibir apoyo debido a una discapacidad física o mental que haya ocurrido antes de cumplir los 26 años de edad

Los beneficios adquieren vigencia conforme al cronograma que se muestra a continuación.

### Cuando sus beneficios adquieren vigencia\*

Para empleados nuevos, los beneficios adquieren vigencia:

Plan médico Plan dental Plan de la vista Cuentas de gastos flexibles Beneficios para viajeros frecuentes Discapacidad a corto plazo Hyatt Legal Plan	Primero del mes, 30 días después de la fecha de contratación
Seguro de vida	Primero del mes, 90 días después de la fecha de contratación
Plan de ahorros 403(b)	Inmediatamente

Si usted es un empleado actual que hace algún cambio durante el período de inscripción abierta, cualquier cambio a los beneficios tendrá vigencia el 1 de enero.

\*A menos que el contrato establezca otra fecha de inicio del beneficio.

## Inscripción

**Nuevos empleados:** Usted tiene 30 días desde la fecha de contratación para inscribirse en los beneficios.

**Empleados actuales:** Usted puede inscribirse o cambiar sus elecciones de beneficios solo durante el período anual de inscripción abierta o si sufre un evento de vida que califique.

### Cómo inscribirse

Para inscribirse o hacer cambios en sus beneficios, deberá acceder al portal de beneficios de Fedcap:

- ▶ Visite [www.fedcapbenefits.hrntouch.com](http://www.fedcapbenefits.hrntouch.com)
- ▶ Regístrese como nuevo usuario
- ▶ Guarde su nombre de usuario y contraseña para su uso futuro
- ▶ Vea sus beneficios en línea y haga sus elecciones

Una vez que haya enviado sus elecciones para 2019, sus beneficios se mantendrán vigentes hasta el 31 de diciembre de 2019, a menos que sufra un evento de vida que califique (consulte *Hacer cambios durante el año* en la página siguiente).

**Nota:** Usted puede inscribirse o cambiar sus Beneficios para viajeros frecuentes o los Beneficios del plan de ahorros 403(b) en cualquier momento.

Si necesita ayuda con la inscripción, comuníquese con el Centro de servicios de beneficios de Fedcap al **1-866-533-3227** o por correo electrónico a [benefit-service-center@fedcap.org](mailto:benefit-service-center@fedcap.org).

### Portal de beneficios de Fedcap

El Portal de beneficios de Fedcap es su recurso en línea para obtener información sobre los beneficios y la inscripción. Usted se puede inscribir desde la comodidad de su computadora personal, dispositivo móvil o en el trabajo. El sitio web también ofrece información detallada y herramientas para ayudarlo a decidir entre las opciones de beneficios disponibles.

Con un inicio de sesión individual usted puede:

- ▶ Comparar los planes de beneficios disponibles
- ▶ Inscribirse — elegir los beneficios o hacer cambios
- ▶ Ingresar dependientes elegibles
- ▶ Designar o cambiar beneficiarios en cualquier momento
- ▶ Descargar los formularios necesarios, descripciones del resumen del plan (SPD, por sus siglas en inglés), etc.
- ▶ Acceder a los números de teléfono del operador y al enlace de los sitios web del operador y a las direcciones para reclamos



### Hacer cambios durante el año

El IRS exige que las elecciones de beneficios pagados en una base antes de impuestos permanezcan vigentes durante todo el año calendario. Sin embargo, el IRS permite realizar cambios después de 30 días de un evento de vida que califique. Algunos ejemplos de eventos de vida que califican son:

- ▶ Su casamiento, divorcio, separación legal o anulación,
- ▶ El nacimiento de un hijo, la adopción o adopción temporal de un niño u otro cambio en la cantidad de sus dependientes,
- ▶ El fallecimiento de un dependiente,
- ▶ La elegibilidad o no de la cobertura para su dependiente (por ejemplo, él/ella alcanza la edad límite de elegibilidad del plan),
- ▶ Un cambio en la ubicación de su trabajo o de su domicilio, de su cónyuge o sus dependientes,
- ▶ Un cambio en la cobertura a otro plan de su cónyuge o sus dependientes,
- ▶ Su calificación para una inscripción especial conforme a la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés),
- ▶ Una orden judicial recibida por el plan, como por ejemplo una Orden cualificada de mantenimiento médico de menores (QMCSO, por sus siglas en inglés), o
- ▶ Su calificación, la de su cónyuge o de su dependiente para Medicare o Medicaid.

Si necesita hacer un cambio de elección durante el año o tiene preguntas sobre qué constituye un cambio en el estado de su vida, comuníquese con el Centro de servicios de beneficios de Fedcap al [1-866-533-3227](tel:1-866-533-3227) o por correo electrónico a [benefit-service-center@fedcap.org](mailto:benefit-service-center@fedcap.org).

### Términos que debe conocer

**Deducible:** Una suma de dinero fija (individual o familiar), durante el año calendario, que el asegurado paga de su bolsillo antes de que el asegurador comience a hacer los pagos de los servicios cubiertos.

**Coseguro:** Una forma de compartir los costos de un plan de seguros que requiere que la persona asegurada pague un porcentaje compartido de los gastos cubiertos después de pagar el monto del deducible, si corresponde.

**Copago:** Un monto fijo de dinero que un proveedor de servicios de salud exige que pague el asegurador por cada receta o visita de paciente ambulatorio (en consultorio).

**Máximo desembolso "de bolsillo" del asegurado:** El monto máximo en dólares que un asegurado debe abonar "de su bolsillo" durante un año del plan. Después de que se llega al monto máximo, el proveedor de seguros paga el costo total de todos los gastos cubiertos elegibles.



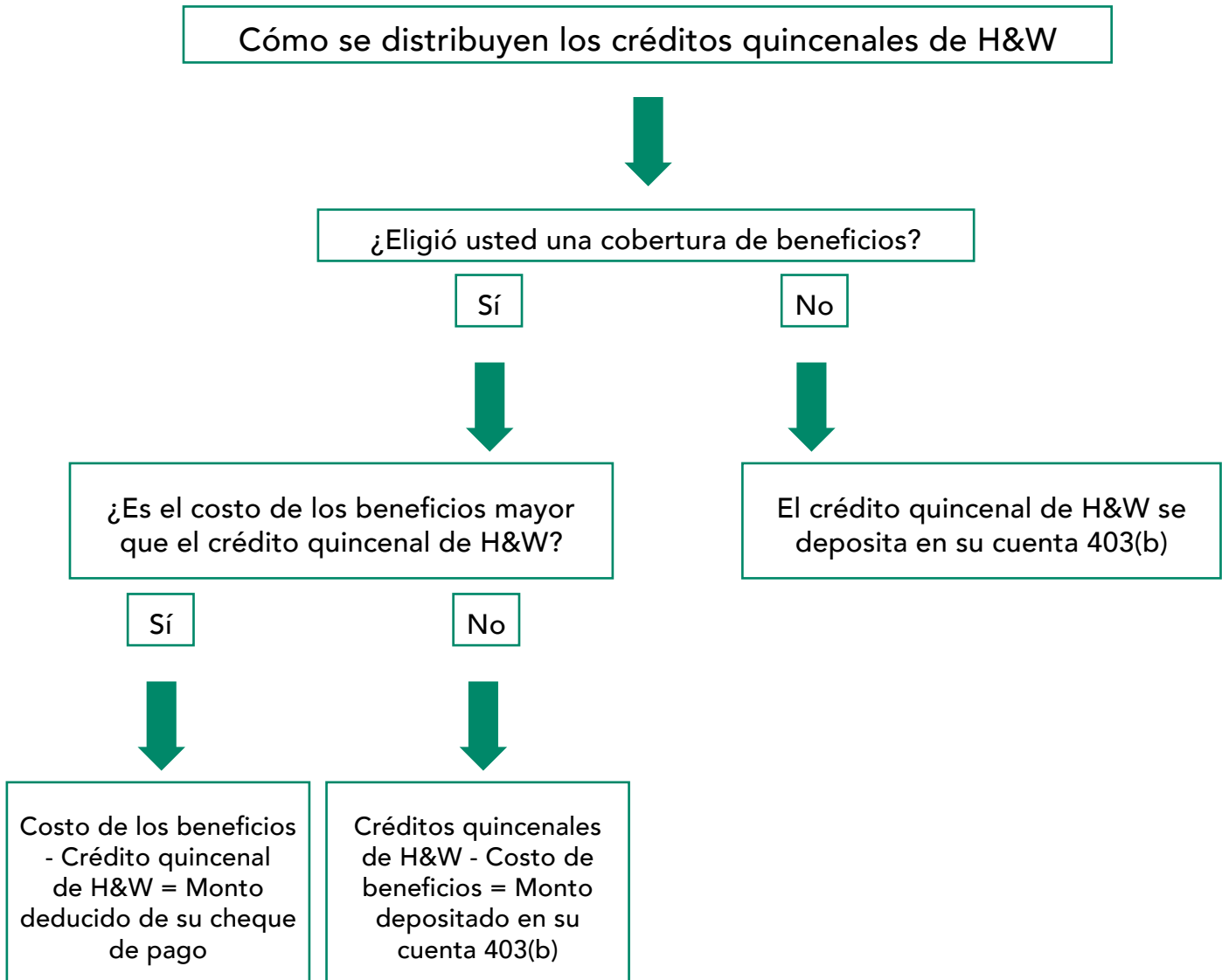


## Créditos de salud y bienestar – ¿Cómo funciona?

El costo de los beneficios que usted elige puede ser deducido del monto de su crédito de H&W. Los beneficios de salud elegibles incluyen costos médicos, dentales, de visión, legales y del seguro de vida. Según su elección de beneficios, la diferencia podrá deducirse de su cheque de pago o depositarse en su cuenta de jubilación 403(b) en Mutual of America.

Los créditos de salud y bienestar (H&W, por sus siglas en inglés) se calculan con base en el monto definido en su contrato y en la cantidad de horas ingresadas y aprobadas en el sistema de registro de horas trabajadas de la nómina. Las horas usadas para calcular los créditos de H&W para un período de pago dado siempre será un período de pago atrasado. Por lo tanto, el monto quincenal de H&W puede ser diferente de un período de pago a otro. **Las horas extraordinarias nunca se incluyen en la cantidad de horas usadas para calcular los créditos de H&W.**

El cuadro que sigue puede ayudarle a comprender sus créditos de H&W.



## ¿Qué hay de nuevo o qué está cambiando?



<b>¿Qué hay de nuevo o qué cambia en 2019?</b>	
<b>Plan de la visión</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ El plan de la visión de NVA será reemplazado por el plan de la visión de Empire BCBS. Si usted actualmente está inscrito en el plan de NVA, quedará automáticamente inscrito en el plan nuevo Empire BCBS. Si no desea continuar con la cobertura, debe renunciar a la misma. Si tiene preguntas con relación a la cobertura y los médicos, visite <a href="http://www.empireblue.com">www.empireblue.com</a> o llame al 1-866-723-0515.</li></ul>
<b>Medicación con receta</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ El copago del Nivel 3 cambiará para el 2019. El copago nuevo será el 20% del costo de la medicación con receta, con un monto mínimo de \$80 y un monto máximo de \$300.</li><li>▶ Todos los medicamentos de mantenimiento se deben realizar por medio de un pedido por correo.</li><li>▶ El plan excluirá la medicación con receta que tenga alternativas de costo menores o que sea de venta libre sin receta.</li></ul>
<b>Recordatorio para elegir los beneficios</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Este es un recordatorio de que usted tiene que seleccionar los beneficios para tener cobertura el próximo año (2019). Si usted eligió beneficios en los años anteriores, todas las elecciones (excepto las de la Cuenta de gastos flexibles [FSA]) se mantendrán. Los beneficios de la FSA no se mantendrán al año siguiente. Si usted eligió una FSA en los años anteriores, tendrá que volver a elegirla durante esta Inscripción abierta si desea tener una FSA en 2019.</li></ul>
<b>Nuevas tarjetas de identificación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Las tarjetas de identificación nuevas se emitirán para todos los miembros del plan antes del 1/1/2019. Los beneficios médicos, dentales y de la visión se combinarán en una tarjeta.</li></ul>



Fedcap ofrece cuatro planes médicos a través de Empire Blue Cross Blue Shield — Organizaciones de proveedores exclusivos (EPO) y Organización de proveedores preferidos (PPO). Para obtener información adicional, consulte las descripciones detalladas de los planes proporcionadas por Empire BCBS.

Empire BCBS Características del plan	Plan 1: EPO1	Plan 2: EPO2 (Blue Priority)	Plan 3: PPO	Plan 4: HRA3000	
	Dentro de la red solamente	Dentro de la red solamente	Dentro de la red	Fuera de la red	
				Dentro de la red solamente	
Deducible anual (individual/familiar)	\$1.000/\$2.500	Ninguno	\$750/\$1.875	\$2.000/\$5.000	\$3.000/\$6.000
Coseguro (plan/miembro)	80%/20%	100%/0%	90%/10%	70%/30%	90%/10%
Máximo de desembolso "de bolsillo" (individual/familiar)	\$5.000/\$12.500 (todos el reparto de costos dentro de la red)	\$5.080/\$12.700 (todos el reparto de costos dentro de la red)	\$3.250/\$8.125 (incluye el deducible; todo el reparto de costos dentro de la red)	\$4.000/\$10.000 (incluye el deducible)	\$7.150/\$14.300 (incluye el deducible; todo el reparto de costos dentro de la red)
Examen físico anual de prevención	Cobertura al 100%	Cobertura al 100%	Cobertura al 100%	Cobertura dentro de la red solamente	Cobertura al 100%
Visitas al consultorio (PCP/ Especialista)	Copago de \$35/\$50	Copago de \$25/\$40	Copago de \$20/\$35	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro
LiveHealth Online	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	N/C	Deducible/coseguro (Si no se llega al deducible, el costo es de \$49. Si se llega al deducible, el costo es de \$4.90)
Laboratorio y radiografías de paciente ambulatorio*	Cobertura al 100%	Cobertura al 100%	Copago de \$20/\$35**	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro
Exámenes MRI/MRA, CAT, PET	Deducible/coseguro	Copago de \$50	Copago de \$20/\$35**	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro
Atención de urgencia	Copago de \$50	Copago de \$40	Copago de \$35	Copago de \$35	Deducible/coseguro
Sala de emergencias (si es admitido no se paga)	Copago de \$250	Copago de \$250	Copago de \$250	Copago de \$250	Deducible/coseguro
Cuidado de maternidad de rutina	Deducible/coseguro	Cobertura al 100%	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro
Paciente hospitalizado	Deducible/coseguro	\$100 por admisión; \$250 límite por año calendario	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro
Cirugía ambulatoria	Deducible/coseguro	Copago de \$100	Copago de \$20/\$35**	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro
Equipo médico duradero	Deducible/coseguro	Coseguro de 20%	Deducible/coseguro	Cobertura dentro de la red solamente	Deducible/coseguro
Salud Mental y Abuso de Sustancias ▶ Paciente hospitalizado	Deducible/coseguro	\$100 por admisión; \$250 límite por año calendario	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro
▶ Establecimiento de consultorios externos	Copago de \$35 Coseguro solamente	Copago de \$25 Cobertura al 100%	Copago de \$20* Coseguro solamente	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro
Rehabilitación de corto plazo para pacientes externos (examen/ evaluación)	Copago de \$35/\$50**	Copago de \$25/\$40	Copago de \$20/\$35**	Cobertura dentro de la red solamente	Deducible/coseguro

\*cobertura total cuando parte de la visita en consultorio se produce el mismo día del servicio  
servicios sujetos a deducible/coseguro

\*\*examen/evaluación solamente; otros

## Beneficios Médicos (continuación)

### Acerca de LiveHealth Online

Con LiveHealth Online, usted puede ver a un médico certificado por la junta desde su casa, oficina o en cualquier lugar sin costo. Cuando usted se inscribe en [www.livehealthonline.com](http://www.livehealthonline.com) o descarga la aplicación en su teléfono inteligente o tableta, puede obtener acceso a médicos las 24 horas, los 7 días de la semana para tratar temas de salud como gripe, resfrío, conjuntivitis y más. También puede hablar con un psicólogo o terapeuta con licencia a través de un video usando LiveHealth Online Psychology cuando se sienta estresado. **Nota:** También puede llamar a LiveHealth Online al **844-784-8409** de 7:00 a. m. a 11:00 p. m. Debido a la legislación estatal, LiveHealth Online no está disponible en todos los 50 estados y algunas restricciones estatales pueden limitar la cobertura en los estados donde está disponible. Visite [www.livehealthonline.com/availability](http://www.livehealthonline.com/availability) para obtener detalles.

Los planes médicos Empire BCBS también incluyen cobertura dentro de la red de medicamentos con receta. El Plan 1 y el Plan 2 requieren que usted cumpla con un deducible de medicamentos con receta antes de comenzar a pagar los copagos con base en el nivel de medicamentos. A continuación se encuentra un resumen de la cobertura de medicamentos con receta de Empire.

Medicamento con receta Cobertura	Plan 1: EPO1	Plan 2: EPO2 (Blue Priority)	Plan 3: PPO		Plan 4: HRA3000
<b>Venta minorista (suministro por 30 días)</b> ▶ Nivel 1 ▶ Nivel 2 ▶ Nivel 3	Deducible de \$100* Copago de \$10 Copago de \$35 20%** \$80/\$300 máx.	Deducible de \$50* Copago de \$10 Copago de \$35 20%** \$80/\$300 máx.	Sin deducible Copago de \$10 Copago de \$25 20%** \$80/\$300 máx.	Cobertura dentro de la red solamente	Deducible Copago de \$10 Copago de \$35 20%** \$80/\$300 máx.
<b>Pedido por correo postal (suministro por 90 días)</b> ▶ Nivel 1 ▶ Nivel 2 ▶ Nivel 3	Sin deducible Copago de \$20 Copago de \$70 20%** \$80/\$300 máx.	Sin deducible Copago de \$20 Copago de \$70 20%** \$80/\$300 máx.	Sin deducible Copago de \$20 Copago de \$50 20%** \$80/\$300 máx.	Cobertura dentro de la red solamente	Deducible Copago de \$20 Copago de \$70 20%** \$80/\$300 máx.

\*por persona; no aplica a medicamentos genéricos \*\*20% del costo del medicamento con receta

### Programa de medicamentos genéricos preferidos con receta

Con el Programa de medicamentos genéricos preferidos con receta, puede ahorrar dinero al elegir un medicamento genérico en lugar de un medicamento de marca. Cuando su médico le recete un medicamento de marca que tenga una opción genérica, su farmacia abastecerá el medicamento de la receta con el medicamento genérico de forma automática. Usted pagará menos por el medicamento genérico.

Si usted prefiere el medicamento de marca en lugar de la opción genérica, pagará el copago genérico más la diferencia de costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca.

Cuando su médico le da una receta para un medicamento de marca que tiene una opción genérica y escribe "dispensar tal cual está escrito", la farmacia abastecerá el medicamento de la receta con el medicamento de marca.

Asegúrese de hablar con su médico sobre los medicamentos genéricos en comparación con los de marca. Para obtener más información sobre el Programa de medicamentos genéricos preferidos con receta, visite [www.empireblue.com](http://www.empireblue.com).

### Entrega a domicilio completada

Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos para tratar afecciones crónicas de salud a largo plazo, tales como indigestión, hipertensión, colesterol alto y diabetes. Usted debe participar en Entrega a domicilio completada. Se puede inscribir en [www.empireblue.com](http://www.empireblue.com), seleccione "Gestione sus medicamentos con receta" para ingresar. En la página de su farmacia, seleccione "Cambiar a entrega a domicilio"; bajo "Gestione sus medicamentos con receta en el sitio web Express Scripts" elija "Mi cobertura" y luego "Transferir a entrega a domicilio" para que le envíen sus recetas directamente a su domicilio. Se le ofrece un envío estándar gratuito, recordatorios de reabastecimiento e incluso puede establecer reabastecimientos automáticos. Llame a Empire al 1-888-613-6091 si tiene preguntas.

### Información importante sobre suministros y medicamentos para la diabetes

Si usted toma medicamentos para la diabetes y necesita suministros de diabetes, pagará un copago de \$0.

Los suministros de diabetes incluyen:

- ▶ Diagnóstico de azúcar en sangre
- ▶ Glucómetros
- ▶ Jeringuillas para insulina
- ▶ Lancetas
- ▶ Tiras para análisis de orina
- ▶ Torunda con alcohol

Para más información sobre los medicamentos y suministros disponibles por un copago de \$0, ingrese a [www.empireblue.com](http://www.empireblue.com).

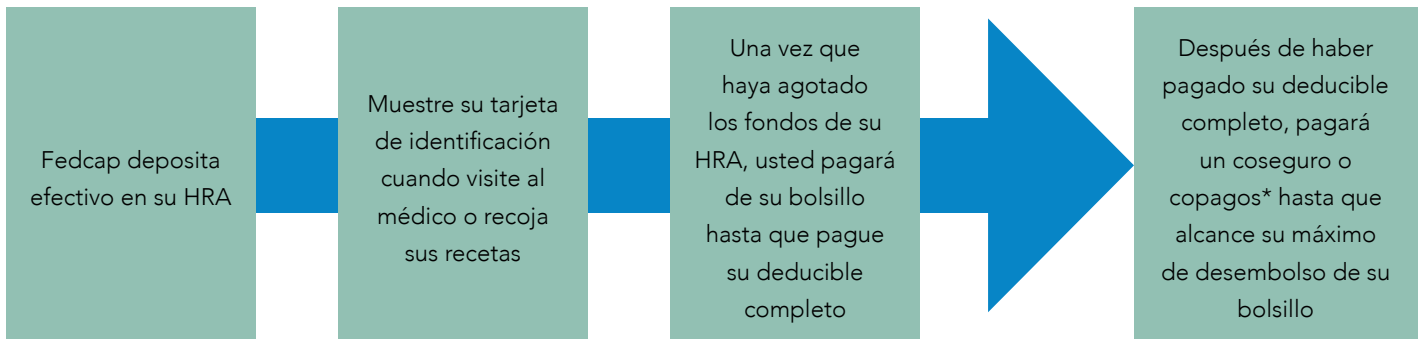




Fedcap le proporciona una Cuenta de reembolso de salud (HRA) a través de Empire. Una HRA es una cuenta financiada por el empleador que usted puede usar para pagar los gastos de cuidado de la salud elegibles no cubiertos por Empire.

Este plan es solamente para utilizar dentro de la red, lo que significa que no hay cobertura si se atiende con un proveedor fuera de la red. Debe cumplir con un deducible antes de que el plan empiece a pagar los beneficios, con excepción de los servicios de atención preventiva que están cubiertos sin costo para usted. Una vez que haya cumplido con el deducible, el plan proporciona cobertura de salud tradicional a través de una red nacional de médicos y centros.

### Cómo funciona el HRA con Empire



\*Los copagos aplican para recetas solamente. Todos los demás servicios están sujetos a un coseguro después de haber cumplido con el deducible.

Fedcap proporcionará un estipendio de HRA para usar para el deducible. El monto del estipendio de HRA varía según el nivel de cobertura. A partir del 1 de enero de 2019, Fedcap proporcionará el siguiente monto a los participantes de HRA3000:

Nivel de cobertura	Monto del estipendio
Empleado solamente	\$500
Empleado + hijo(s)	\$750
Empleado + cónyuge	\$750
Empleado + familia	\$1.000

En el Plan HRA3000, el deducible se alcanza tan pronto como la persona cubierta alcanza su deducible individual para el nivel de solo empleado, o cuando o una o más personas en conjunto alcanzan el deducible familiar. En otras palabras, no se requiere que cada persona cubierta alcance el deducible individual, excepto para las personas del nivel de solo empleado. El Plan HRA3000 tiene un deducible global, el monto del deducible familiar incluirá todos los gastos elegibles combinados que hagan usted y sus dependientes cubiertos. Un miembro o la combinación de dos o más miembros cubiertos por el plan HRA3000 pueden alcanzar el monto del deducible familiar.

[¿Puedo elegir gastos flexibles para usar para mi deducible y otros gastos médicos?](#)

Cuando se inscribe en el Plan HRA3000, **solo** tiene acceso a la cuenta de gastos flexibles con fines limitados. **Esta cuenta le reembolsará sus gastos dentales y de la visión únicamente.**



### ¡Manténgase en forma y saludable en 2019!

Reembolso de gimnasio ExerciseRewards™ — Obtenga un reembolso de las cuotas de su gimnasio. ¡Una forma más en que el ejercicio da sus frutos!

Hay muchas formas por las que el ejercicio regular da sus frutos. Puede ayudar a controlar su peso. Puede ayudar a liberar el estrés. También puede disminuir su riesgo de tener problemas importantes de salud, como diabetes e hipertensión.

El programa de reembolso de gimnasio ExerciseRewards™ de Empire le ofrece la oportunidad de que le reembolsen hasta \$300 por año del plan de beneficios de sus cuotas de membresía del gimnasio. Ser elegible es fácil:

1. Debe estar inscrito en un plan de salud Empire.
2. Debe hacer ejercicio en el gimnasio elegible y registrar sus sesiones de trabajo.
3. Debe llenar y enviar los formularios adecuados y prueba de pago cuando haya cumplido con los requisitos de visitas.

¡Puede recibir su reembolso mientras disfruta de las actividades que ama! Para comenzar, visite [www.empireblue.com](http://www.empireblue.com) o llame al número al dorso de su tarjeta de identificación para hablar con un representante sobre el programa de reembolsos de gimnasio ExerciseRewards™.

¡Esté atento de recibir más información sobre este tema y otras actividades de bienestar próximamente disponibles para los empleados de Fedcap en 2019!

### ¿Sabía usted?

El programa **ConditionCare®** de Empire está disponible para ayudar a los miembros a comprender y controlar mejor ciertas afecciones médicas, tales como:

- ▶ Diabetes (Tipo 1 y 2)
- ▶ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- ▶ Insuficiencia cardíaca
- ▶ Asma (pediátrica y adultos)
- ▶ Enfermedad de arterias coronarias

**Future Moms** ayuda a las futuras mamás a tener embarazos más saludables. Las mujeres embarazadas que son miembros pueden aprender sobre el cuidado prenatal, evitando así un trabajo de parto prematuro y también de qué forma seguir mejor el plan de cuidados del médico para reducir el riesgo de complicaciones en el mismo.



Estamos comprometidos a ayudarle a tomar un rol activo para mantenerse en forma y saludable. ¡Esté atento de recibir más información sobre cómo USTED puede ser elegible para ganar incentivos por participar en actividades saludables durante el año!



Fedcap ofrece dos planes dentales de la Organización de proveedores preferidos (PPO) a través de Empire BCBS.

Características del Plan Empire BCBS	Plan 1: PPO1		Plan 2: PPO2	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Deducible anual</b> (individual/familiar) Exento para servicios preventivos y de diagnóstico	\$50/\$150	\$50/\$150	\$100/\$300	\$100/\$300
<b>Máximo anual</b>	\$1.500	\$1.500	\$1.000	\$1.000
<b>Servicios preventivos y de diagnóstico</b> ▶ Exámenes dentales ▶ Limpiezas ▶ Radiografía de boca completa ▶ Radiografía interproximal ▶ Tratamiento de flúor ▶ Selladores dentales (niños de menos de 16 años)	Cobertura al 100%	Cobertura al 100%	Cobertura al 100%	Cobertura al 100%
<b>Servicios básicos</b> ▶ Empastes ▶ Amalgamas (plateadas) ▶ Extracciones simples	80% después del deducible	80% después del deducible	60% después del deducible	50% después del deducible
<b>Endodoncia</b> ▶ Tratamiento de conducto	80% después del deducible	80% después del deducible	60% después del deducible	50% después del deducible
<b>Periodoncia</b> ▶ Extracción de placa y alisado radicular	80% después del deducible	80% después del deducible	60% después del deducible	50% después del deducible
<b>Cirugía oral</b> ▶ Extracciones quirúrgicas	80% después del deducible	80% después del deducible	60% después del deducible	50% después del deducible
<b>Servicios principales</b> ▶ Coronas	50% después del deducible	50% después del deducible	50% después del deducible	50% después del deducible
<b>Prostodoncia</b> ▶ Dentaduras ▶ Puentes	50% después del deducible	50% después del deducible	50% después del deducible	50% después del deducible
<b>Ortodoncia</b>	50%	50%	50%	50%
<b>Duración máxima de la ortodoncia</b>	\$1.500	\$1.500	\$1.000	\$1.000

### Cómo obtener acceso a las tarjetas de identificación dental de Empire BCBS

- ▶ Visite [www.empireblue.com](http://www.empireblue.com) desde su computadora o navegador móvil y haga clic en Inicio/Registro
- ▶ Inicie sesión con su nombre de usuario de miembro y contraseña para acceder a su sitio web seguro para miembros

Red PPO1: Dental Completo

Red PPO2: Dental Completo

## Beneficios para la visión



Fedcap ofrece beneficios para la visión a través de Empire. Para obtener información adicional, consulte las descripciones detalladas de los planes proporcionadas por Empire.

Características del Plan Empire	Beneficios para la visión de Empire	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Examen visual</b> Una vez cada 12 meses	Copago de \$5	Reembolsable hasta... Monto límite de hasta \$30
<b>Lentes</b> Una vez cada 12 meses	Copago de \$10	Simple: Hasta \$25    Bifocales: Hasta \$35 Trifocales: Hasta \$45    Lenticular: Hasta \$80
<b>Armazones</b> Una vez cada 24 meses	Límite de \$120, después un 20% de descuento sobre el saldo	Monto límite de hasta \$120
<b>Lentes de contacto (en lugar de gafas)</b> Una vez cada 12 meses ▶ Convencional por elección ▶ Descartables por elección ▶ Médicamente necesario	Límite de \$120, después un 15% de descuento sobre el saldo Límite de \$120 (sin descuento adicional) Cobertura total	Monto límite de hasta \$120 Monto límite de hasta \$120 Monto límite de hasta \$200





## Cuentas de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés)

Las FSA le permiten pagar los gastos de atención médica no reembolsada y/o de cuidado de dependientes antes de impuestos.

Tipo de cuenta	Ejemplos de gastos elegibles	Límites de contribución	Acceso a los fondos	Beneficio antes de impuestos
<b>FSA de atención médica</b> Para usted o cualquier dependiente registrado en su declaración de impuestos federal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deducibles y coseguros del plan médico</li> <li>• La mayoría de los copagos del seguro</li> <li>• Medicamentos con receta</li> <li>• Exámenes de visión/gafas/lentes de contacto</li> <li>• Cirugía ocular con láser</li> </ul>	Hasta \$2.650* no incluye las contribuciones para el costo de la cobertura del plan médico	Permite el acceso inmediato a su monto de contribución anual completo a partir del 1 de enero	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ahorre entre el 20% y el 40% de sus gastos de atención médica</li> <li>• Ahorre en compras no cubiertas por el seguro</li> <li>• Reduzca su ingreso imponible</li> </ul>
<b>FSA con fines limitados</b> Para usted o cualquier dependiente inscrito en el plan HRA3000	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastos dentales</li> <li>• Exámenes de visión/gafas/lentes de contacto</li> <li>• Cirugía ocular con láser</li> </ul>	Hasta \$2.650* no incluye las contribuciones para el costo de la cobertura del plan médico	Permite el acceso inmediato a su monto de contribución anual completo a partir del 1 de enero	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ahorre entre el 20% y el 40% de sus gastos dentales y de la visión</li> <li>• Ahorre en compras no cubiertas por el seguro</li> <li>• Reduzca su ingreso imponible</li> </ul>
<b>FS para cuidado de dependientes</b> Para los dependientes elegibles menores de 13 años, un cónyuge discapacitado, padre o hijo discapacitado mayor de 13 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centros de cuidado de dependientes/niños</li> <li>• Cuidado diurno para adultos</li> <li>• Guardería/preescolar</li> <li>• Después de la escuela/campamento de verano</li> </ul>	Hasta \$5,000 (\$2.500 si está casado y presenta una declaración por separado)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los fondos se agregan a su cuenta FSA para el cuidado de dependientes en cada fecha de pago.</li> <li>• Presente los reclamos hasta su monto acumulado del año hasta la fecha en su cuenta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ahorre entre el 20% y el 40% de los gastos de atención médica de sus dependientes</li> <li>• Reduzca su ingreso imponible</li> </ul>

\*Sujeto a cambios por parte del IRS

**Presupuesto apropiado:** Es importante que haga un presupuesto apropiado y utilice todos los fondos dentro del año del plan FSA. Las FSA se consideran cuentas "úselas o se pierden". Esto significa que perderá el saldo restante si no usa todos los fondos antes del 15 de marzo de 2020. Tiene hasta el 31 de marzo de 2020 para enviar todos los reclamos. Todo saldo de FSA de atención médica de un año anterior no estará disponible en su tarjeta. Debe enviar un reclamo manual para su reembolso y tenga en cuenta que este gasto debería ser reembolsado con los fondos del plan del año anterior.



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

La cobertura de vida y de AD&D básica está disponible a una tarifa grupal de \$0.20 por \$1.000 de cobertura por mes (la tarifa del salario dividido por \$1.000). Por ejemplo, si su salario anual es de \$40.000, el costo mensual para ambas pólizas es de  $40 \times 0,20 = \$8,00$

Beneficio	Empleados activos
Monto del beneficio (Seguro de vida)	1 vez el salario anual hasta un máximo de \$100.000
Monto del beneficio (Seguro por AD&D)	1 vez el salario anual hasta un máximo de \$100.000
Cronograma de reducción del beneficio	50% a los 70 años de edad

Debe designar un beneficiario para que reciba su beneficio en caso de su fallecimiento. Asegúrese de revisar su designación de beneficiarios en archivo y hacer las actualizaciones necesarias.

### Discapacidad a corto plazo

Fedcap le proporciona los beneficios por discapacidad estatutaria. Si usted se ausenta de su trabajo, debe notificar a su gerente. Si usted está ausente por **más de tres días consecutivos**, el cuarto día usted debe comunicarse con The Hartford al **877-822-3184** y presentar un reclamo de acuerdo con la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés) y/o discapacidad. Además, también debe comunicarse con su Gerente.

Beneficio	Empleados de NY y DC Póliza Hartford N.º 637005	Empleados de NJ Póliza Hartford N.º 411122
Monto del beneficio	50% del salario hasta \$170 semanal	66 2/3% del salario hasta \$633 semanal
Período de espera de elegibilidad	7 días de incapacidad total	7 días de incapacidad total
Vigencia del beneficio	26 semanas	26 semanas

### Seguro por discapacidad a corto plazo voluntario

Tiene la oportunidad de comprar un plan de discapacidad a corto plazo adicional a través de Hartford.

Beneficio	Empleados activos
Monto del beneficio (STD)	60% del salario hasta un beneficio máximo de \$500 semanal. Calcule su beneficio semanal restando cualquier otro ingreso que reciba como resultado de su discapacidad del monto que se muestra. El monto del beneficio es el pago que podría recibir si tuviera una discapacidad.
Cómo se pagan los beneficios	Los pagos comienzan por incapacidades ocasionadas por accidentes y enfermedades de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ El 8<sup>vo</sup>. día por accidente</li> <li>▶ El 8<sup>vo</sup>. día por enfermedad</li> </ul> El periodo máximo del beneficio es de 26 semanas.

### Acerca de la FMLA

La Ley federal de licencia médica y familiar (FMLA) proporciona a los empleados elegibles hasta 12 semanas de licencia no remunerada, protección al trabajo y beneficios a la salud en caso de que se sufra una enfermedad grave o que un miembro de la familia que califique sufra una afección grave.

Usted es elegible para la FMLA en el momento del evento que califica si tiene al menos 12 meses de servicio y ha trabajado un mínimo de 1.250 horas en los 12 meses anteriores con Fedcap.

Además, algunos estados ofrecen el pago de licencia familiar. Consulte [www.fedcapbenefits.hrntouch.com](http://www.fedcapbenefits.hrntouch.com) para obtener más detalles.

### Licencia familiar paga del estado

Fedcap cumple con las leyes de licencia familiar paga exigida por el estado. Comuníquese con The Hartford al **877-822-3184** para obtener información adicional.



## Beneficios para viajeros frecuentes: eTRAC

Fedcap ofrece un programa de beneficios para el viajero frecuente, que le permite reservar dinero antes de impuestos para pagar gastos de tránsito masivo y estacionamiento elegibles en el lugar de trabajo incurridos cuando viaja a y desde el trabajo. Puede inscribirse y hacer los cambios en cualquier momento del año.

**Gastos de transporte elegibles.** Los gastos elegibles bajo el Plan de gastos de transporte elegibles son aquellos que proporcionan transporte y/o estacionamiento con relación a los viajes entre la residencia de un empleado y el lugar de trabajo, sujetos a las pautas del IRS. Estos incluyen:

- ▶ Transporte en un vehículo para transporte en carretera
- ▶ Cualquier pase de tránsito
- ▶ Estacionamiento calificado

**Pase de tránsito.** Cualquier pase, tarjeta de prepago, cupón o artículo similar que brinda un medio de transporte a una persona (o le ofrece transporte a un precio reducido) si dicho transporte es...

- ▶ En instalaciones de tránsito masivo (ya sea público o no), o
- ▶ Proporcionado por cualquier persona en el sector de transporte de personas por una compensación o alquiler si el servicio de transporte se brinda en un vehículo que cumple con los requisitos de vehículo de transporte en carretera. (Por ej. Uber y Lyft)

**Monto de la contribución.** Usted puede aportar hasta el máximo mensual siguiente determinado por IRS:

Transporte	Monto por mes
Gastos de tránsito	\$260
Gastos de estacionamiento	\$260

Si su gasto total de transporte mensual excede de \$260, la diferencia se deducirá después de impuestos

Los costos de tránsito se deducen dos veces al mes. Si en un mes tiene 3 cheques de pago, las deducciones de tránsito no se realizarán en el 3<sup>er</sup> cheque de pago de ese mes.



### Plan de ahorros 403(b)

Ahorrar para su jubilación es importante. Tiene la oportunidad de reservar dinero en base antes de impuestos y/o después de impuestos para ayudar a construir sus ahorros para la jubilación.

<b>Elegibilidad</b>	Contribuciones de los empleados: Usted es elegible para inscribirse en cualquier momento durante su empleo. No hay un requisito mínimo de servicio o de edad para las contribuciones de reducción de salario, incluyendo las contribuciones Roth designadas, a este plan.
<b>Ingreso al plan</b>	Usted está incluido como participante en el plan inmediatamente después de la inscripción.
<b>Jubilación</b>	Al cumplir 65 años.
<b>Contribuciones</b>	Deducción de salario: A discreción del participante Máximo permitido: \$19.000 (en 2019) Contribución después de los 50 años de edad: \$6.000 (2019)
<b>Otorgamiento</b>	Deducción de salario: 100% inmediato
<b>Cambios al Plan 403(b)</b>	Para cambiar los beneficiarios o la asignación de fondos, comuníquese con Mutual of America al 212-587-9045. Para cambiar la deducción del salario, comuníquese con Beneficios de RR. HH. a <a href="mailto:hr.benefits@fedcap.org">hr.benefits@fedcap.org</a>
<b>Acumulaciones.</b>	Puede transferir la porción gravable de una distribución de efectivo desde otro plan de jubilación elegible [incluyendo un IRA, 403 (b), 408(a) o 401(k)].
<b>Retiros</b>	Puede retirar sus fondos después de la cancelación del empleo, fallecimiento o el comienzo de los beneficios por Discapacidad del seguro social. Los retiros dentro del servicio se permiten para los empleados activos que tienen 59 1/2 años.

Para obtener ayuda, comuníquese con Mutual of America directamente al 212-587-9045.

### Hyatt Legal Plan

MetLaw<sup>®</sup>, administrado por Hyatt Legal Plans, es un programa accesible que puede brindarle a usted, su cónyuge y dependientes servicios legales cubiertos en su totalidad a través de abogados con experiencia con una tarifa grupal mensual baja. Cuando se inscribe, puede acceder a Hyatt Legal para recibir asesoramiento legal sobre una gran variedad de temas legales, tales como:

- ▶ Compra, venta o refinanciamiento de su vivienda, planificación de testamentos y herencias, deudas, preparación de escrituras, defensa por robo de identidad y defensa en un litigio civil

Después de inscribirse debe permanecer en el plan durante todo el año.

Para acceder a MetLaw<sup>®</sup>, llame al **800-821-6400** (contraseña: MetLaw) o ingrese a **www.legalplans.com** (código de acceso: 1500985)





### Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998

Si ha tenido o va a someterse a una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA, por sus siglas en inglés). Para las personas que reciben beneficios relacionados con una mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y el paciente, para:

- ▶ Todas las etapas de reconstrucción del seno en el cual se realizó la mastectomía;
- ▶ Cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica;
- ▶ Prótesis; y
- ▶ Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluso linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujeto a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos provistos bajo este plan. Por lo tanto, aplican los siguientes deducibles y coseguros:

	EPO 1	EPO 2*	PPO		HRA3000
	INN**	INN**	INN**	OON**	INN**
Deducible individual	\$1.000	\$0	\$750	\$2.000	\$3.000
Deducible de la familia	\$2.500	\$0	\$1.875	\$5.000	\$6.000
Coseguro	20%	0%	10%	30%	10%

\*Blue Priority Network \*\*INN = dentro de la red, OON = fuera de la red

### Ley de Protección de la Salud de Madres y de Recién Nacidos

Los emisores de seguros de salud y los planes de salud grupales por lo general, conforme a la ley federal, no pueden restringir los beneficios de la duración de cualquier estadía en un hospital con relación a un nacimiento para la madre o a un hijo recién nacido a menos de 48 horas después de un parto natural, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe al proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultarlo con la madre, dar de alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores, según la ley federal, no pueden exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir un período de estadía que no supere las 48 horas (o 96 horas).

### Derechos especiales de inscripción bajo HIPAA

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro

médico, puede inscribirse usted mismo o sus dependientes en el plan de salud de Fedcap en el futuro si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir con la otra cobertura). Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que puedan inscribirse usted y sus dependientes, siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Si pierde la cobertura de Medicare o CHIP porque ya no es elegible, debe solicitar la inscripción dentro de 60 días. Si usted o sus dependientes se vuelven elegibles para asistencia con la prima en virtud de un programa estatal de Medicaid o CHIP que pagaría la parte del empleado de la prima del seguro médico, puede solicitar la inscripción dentro de los 60 días. Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con el Centro de servicios de beneficios de Fedcap al **1-866-533-3227** o al correo [benefitsservicecenter@fedcap.org](mailto:benefitsservicecenter@fedcap.org).

### Paridad de Salud Mental

La Ley de Paridad y Equidad en Salud Mental y Adicción de 2008 requiere que los planes brinden beneficios de salud mental y abuso de sustancias al mismo nivel que se ofrecen los beneficios médicos y quirúrgicos relacionados. Se puede encontrar información y detalles adicionales visitando la Paridad de Salud Mental del Departamento de Trabajo

<http://www.dol.gov/general/topic/health-plans/mental>

### Resumen de beneficios y cobertura

Como empleado, los beneficios de salud disponibles para usted representan un componente valioso de su paquete de compensación. También brindan una protección importante para usted y su familia en caso de enfermedad o lesión.

Su plan ofrece una serie de opciones de cobertura médica. Elegir una opción de cobertura médica es una decisión importante. Para ayudarlo a tomar una decisión informada, su plan proporciona un Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés), que ofrece la información importante sobre cualquier opción de cobertura de salud en un formato estándar, para ayudarlo a comparar todas las opciones. El SBC está disponible en la red interna de la compañía. Se encuentra disponible una copia impresa, sin cargo, llamando al Centro de servicios de beneficios de Fedcap al 1-866-533-3227.



### Cobertura continua a través de COBRA

La Ley Consolidada de Reconciliación Presupuestaria Ómnibus (COBRA, por sus siglas en inglés) le permite a usted, su cónyuge y sus dependientes cubiertos extender temporalmente los beneficios médicos, dentales y de la visión y la FSA de atención médica en ciertas situaciones donde la cobertura terminaría (como al terminar su empleo o una reducción en horas). Si elige la cobertura COBRA, sus beneficios continuarán por un período de tiempo definido. Su cónyuge e hijos dependientes también pueden continuar con la cobertura bajo COBRA luego de un divorcio, pérdida del estado de dependiente o si usted muere. Se le pedirá que pague las primas de esta cobertura continua, que será el costo total del plan más una tarifa administrativa del 2%. Para obtener más información sobre la continuación de la cobertura a través de COBRA, consulte los Documentos de su plan o llame al Centro de servicios de beneficios de Fedcap al **1-866-533-3227** o envíe un correo a [benefitsservicecenter@fedcap.org](mailto:benefitsservicecenter@fedcap.org).

### Declaración de Derechos de ERISA

Como participante del Plan, usted tiene derecho a determinados derechos y protecciones en virtud de la Ley de Garantía de Ingreso por Jubilación del Empleado de 1974 ("ERISA", por sus siglas en inglés). ERISA establece que todos los participantes tendrán derecho a:

Recibir información sobre su Plan y sus Beneficios

- ▶ Examinar, sin cargo alguno, en la oficina del administrador del plan y en otros lugares especificados, el plan y los documentos del plan, incluso el contrato del seguro y las copias de todos los documentos presentados por el plan en el Departamento de Trabajo de EE. UU., si los hubiera, tales como informes anuales y descripciones de planes.
- ▶ Obtener copias de los documentos del plan y de otra información del plan por medio de solicitud por escrito al administrador del plan. El Administrador del plan podrá imponer un cargo razonable por las copias.
- ▶ Recibir un resumen del informe financiero anual del plan, si es necesario presentarlo de acuerdo con ERISA. El Administrador del plan debe, por ley, entregar a cada participante una copia de este informe de resumen anual, si existiera.

### Continuar con la cobertura del plan de salud grupal

Si corresponde, usted puede continuar con la cobertura de atención médica para usted, su cónyuge o dependientes si se produce una pérdida de cobertura bajo el plan como resultado de un evento que califique. Usted y sus dependientes pueden tener que pagar por dicha cobertura. Revise la descripción resumida del plan y los documentos que rigen el Plan para conocer las reglas sobre la continuación de los derechos de cobertura de COBRA.

### Medidas prudentes por parte de los fiduciarios del plan

Además de crear derechos para los participantes, ERISA impone obligaciones a las personas que son responsables del funcionamiento del plan. Estas personas, denominadas "fiduciarias" del plan, tienen la obligación de operar el plan de forma prudente y conforme a los intereses de usted y de otros participantes del plan.

Nadie, incluyendo la compañía o cualquier otra persona, podrá echarlo o discriminarlo de forma alguna para evitar que usted obtenga beneficios de bienestar o que ejerza sus derechos en virtud de ERISA.

### Aplicación de sus derechos

Si su reclamo por un beneficio de bienestar se le niega en su totalidad o en parte, debe recibir una explicación por escrito del motivo del rechazo. Usted tiene derecho a que el Plan revise y reconsidere su reclamo.

Conforme a ERISA, hay algunos pasos que puede tomar para hacer aplicar estos derechos. Por ejemplo, si usted solicita materiales al Administrador del plan y no los recibe en un plazo de 30 días, podrá entablar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede exigir al Administrador del plan que proporcione los materiales y que le pague a usted \$110 por día hasta que usted reciba los materiales, a menos que los materiales no se hayan enviado debido a motivos fuera del control del Administrador del plan. Si usted tiene un reclamo de beneficios que le rechazaron o lo ignoraron, en su totalidad o en parte, y ha agotado todos los procedimientos de reclamo disponibles bajo el plan, podrá entablar una demanda en un tribunal federal o estatal. Si sucediera que los fiduciarios del plan usaran incorrectamente el dinero del plan, o si usted fuera discriminado por reivindicar sus derechos, podrá buscar ayuda del Departamento de Trabajo de los EE. UU. o podrá entablar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién deberá pagar los costos y honorarios legales del tribunal. Si usted tiene éxito, el tribunal podrá ordenar a la persona que usted demandó que pague estos costos y honorarios. Si usted pierde (por ejemplo, si la corte determina que su reclamo es improcedente), el tribunal podrá ordenar que usted pague estos costos y honorarios.

### Ayuda con sus preguntas

Si usted tiene preguntas sobre su plan, esta declaración o sus derechos en virtud de ERISA, usted se deberá comunicar con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados, el Departamento de Trabajo de los EE. UU., que aparecen en su directorio telefónico o con Division of Technical Assistance and Inquiries, Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados, Departamento de Trabajo de los EE. UU., 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210.

### Información de contacto

Las preguntas relacionadas con esta información se pueden dirigir a Donna Quinn, Director de Beneficios al 212-727-4267 o a [dquinn@fedcap.org](mailto:dquinn@fedcap.org).



### Aviso importante de Fedcap sobre su cobertura de medicamentos con receta y Medicare

Lea este aviso atentamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con Fedcap y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no unirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando unirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos cubiertos a su costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su área. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta se encuentra al final de este aviso.

Si este Aviso se le proporciona electrónicamente y usted es un participante del Plan, es su responsabilidad proporcionar una copia de este Aviso a sus dependientes elegibles de Medicare cubiertos por el Plan Médico.

Hay dos cosas importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos con receta de Medicare estuvo disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicamentos con receta de Medicare o se inscribe en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.

2. Fedcap ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos con receta ofrecida por Fedcap, en promedio para todos los participantes del plan, se pague tanto como paga la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare y, por lo tanto, se considera cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es Cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si luego 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 sea elegible por primera vez para Medicare y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos con receta, sin que sea responsabilidad suya, también será elegible para un Período de inscripción especial (SEP, por sus siglas en inglés) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

### ¿Qué sucede 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 Fedcap no se verá afectada.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y abandona su cobertura actual de Fedcap, tenga en cuenta que puede que usted y sus dependientes no recuperen esta cobertura hasta la próxima inscripción abierta del plan. No puede abandonar la cobertura de medicamentos con receta bajo el plan médico y mantener otra cobertura bajo el plan médico. Esto se debe a que la cobertura de medicamentos con receta forma parte de todo el plan médico.

### ¿Cuándo pagará una prima más alta (multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con Fedcap y no se afilia a un plan de medicamentos de Medicare dentro de un plazo de 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, puede pagar una prima más alta (una multa) para inscribirse en un plan de medicamentos Medicare más adelante.

Si pasa 63 días continuos o más sin una cobertura acreditable de medicamentos con receta, su prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima del beneficiario básico de Medicare por mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser, al menos, un 19% más alta que la prima del beneficiario básico de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una multa) siempre que tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, es posible que deba esperar hasta el próximo octubre para afiliarse.

### Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos con receta...

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

**NOTA:** Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en el que puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura con Fedcap cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

### Para obtener más información sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos con receta de Medicare...

Puede encontrar información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta en el manual "Medicare y usted". Obtendrá una copia del manual de Medicare por correo cada año. También pueden contactarlo directamente para hablarle sobre los planes de medicamentos de Medicare.



### Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- ▶ Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- ▶ Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (busque el número de teléfono en la contratapa de su copia del manual "Medicare y usted") para recibir ayuda personalizada
- ▶ Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener más información acerca de esta ayuda adicional, visite el sitio web de Seguridad Social en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov), o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, se le puede solicitar que presente una copia de este aviso cuando se inscriba para mostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar un monto de prima superior (una multa).

Fecha:	1 de noviembre de 2018
Nombre de la entidad/ remitente:	Fedcap Rehabilitation Services Inc.
Contacto—Cargo/Oficina:	Centro de servicios de beneficios de Fedcap
Dirección:	c/o Benefit Management Solutions Inc 45 Research Way, Suite 106 East Setauket, NY 11733



**Asistencia Premiun de acuerdo con Medicaid y el Programa de seguro médico para niños (CHIP, por sus siglas en inglés)**

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, es posible que su estado tenga un programa de asistencia para primas que pueda ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no será elegible para estos programas de asistencia con la prima, pero es posible que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en un Estado que se detalla a continuación, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay alguna asistencia con la prima.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque **1-877-KIDS NOW** (1-877-543-7669) o visite [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) para saber cómo inscribirse. Si califica, pregunte a su estado si tiene un programa que podría ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por un empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con la prima según Medicaid o CHIP, y también es elegible según el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan de empleador si aún no está inscrito. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y debe solicitar la cobertura dentro de 60 días desde que se determine que es elegible para recibir asistencia con la prima. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2018. Póngase en contacto con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad:

<p><b>ALABAMA – Medicaid</b> Sitio web: <a href="http://myalhipp.com/">http://myalhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-692-5447</p>	<p><b>ALASKA – Medicaid</b> El Programa de pago de primas de seguro médico de AK Sitio web: <a href="http://myakhipp.com/">http://myakhipp.com/</a> Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: <a href="mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com">CustomerService@MyAKHIPP.com</a> Elegibilidad Medicaid: <a href="http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx">http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx</a></p>
<p><b>ARKANSAS – Medicaid</b> Sitio web: <a href="http://myarhipp.com/">http://myarhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)</p>	<p><b>COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)</b> Sitio web de Health First Colorado: <a href="https://www.healthfirstcolorado.com/">https://www.healthfirstcolorado.com/</a> Centro de Contacto para Miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/Relé del estado 711 CHP+: <a href="http://Colorado.gov/HCPF/Child-Health-Plan-Plus">Colorado.gov/HCPF/Child-Health-Plan-Plus</a> Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ Relé del estado 711</p>
<p><b>FLORIDA – Medicaid</b> Sitio web: <a href="http://flmedicaidprecovery.com/hipp/">http://flmedicaidprecovery.com/hipp/</a> Teléfono: 1-877-357-3268</p>	<p><b>GEORGIA – Medicaid</b> Sitio web: <a href="http://dch.georgia.gov/medicaid">http://dch.georgia.gov/medicaid</a> - Haga clic en Pago de la prima del seguro médico (HIPP, por sus siglas en inglés) Teléfono: 404-656-4507</p>
<p><b>INDIANA – Medicaid</b> Plan Healthy Indiana para adultos de bajos ingresos de entre 19-64 Sitio web: <a href="http://www.in.gov/fssa/hip/">http://www.in.gov/fssa/hip/</a> Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás Medicaid Sitio web: <a href="http://www.indianamedicaid.com">http://www.indianamedicaid.com</a> Teléfono 1-800-403-0864</p>	<p><b>IOWA – Medicaid</b> Sitio web: <a href="http://dhs.iowa.gov/hawk-i">http://dhs.iowa.gov/hawk-i</a> Teléfono: 1-800-257-8563</p>
<p><b>KANSAS – Medicaid</b> Sitio web: <a href="http://www.kdheks.gov/hcf/">http://www.kdheks.gov/hcf/</a> Teléfono: 1-785-296-3512</p>	<p><b>KENTUCKY – Medicaid</b> Sitio web: <a href="https://chfs.ky.gov/Pages/index.aspx">https://chfs.ky.gov/Pages/index.aspx</a> Teléfono: 1-800-635-2570</p>

## Divulgaciones legales (continuación)



<p><b>LOUISIANA – Medicaid</b>                  Sitio web: <a href="http://dhh.louisiana.gov/index.cfm/subhome/1/n/331">http://dhh.louisiana.gov/index.cfm/subhome/1/n/331</a>                  Teléfono: 1-888-695-2447</p>	<p><b>MAINE – Medicaid</b>                  Sitio web: <a href="http://www.maine.gov/dhhs/ofi/public-assistance/index.html">http://www.maine.gov/dhhs/ofi/public-assistance/index.html</a>                  Teléfono: 1-800-442-6003                  Teletipo (TTY): Relé de Maine 711</p>
<p><b>MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP</b>                  Sitio web: <a href="http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/">http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/</a>                  Teléfono: 1-800-862-4840</p>	<p><b>MINNESOTA – Medicaid</b>                  Sitio web: <a href="http://mn.gov/dhs/people-we-serve/seniors/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp">http://mn.gov/dhs/people-we-serve/seniors/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp</a>                  Teléfono: 1-800-657-3739</p>
<p><b>MISSOURI – Medicaid</b>                  Sitio web: <a href="http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm">http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</a>                  Teléfono: 573-751-2005</p>	<p><b>MONTANA – Medicaid</b>                  Sitio web: <a href="http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP">http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</a>                  Teléfono: 1-800-694-3084</p>
<p><b>NEBRASKA – Medicaid</b>                  Sitio web: <a href="http://www.ACCESSNebraska.ne.gov">http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</a>                  Teléfono: (855) 632-7633                  Lincoln: (402) 473-7000                  Omaha: (402) 595-1178</p>	<p><b>NEVADA – Medicaid</b>                  Sitio web de Medicaid: <a href="https://dhcfp.nv.gov">https://dhcfp.nv.gov</a>                  Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>
<p><b>NEW HAMPSHIRE – Medicaid</b>                  Sitio web: <a href="http://www.dhhs.nh.gov/oii/documents/hippapp.pdf">http://www.dhhs.nh.gov/oii/documents/hippapp.pdf</a>                  Teléfono: 603-271-5218                  Línea directa: Centro de servicios de Medicaid NH al 1-888-901-4999</p>	<p><b>NEW JERSEY – Medicaid y CHIP</b>                  Sitio web de Medicaid: <a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/</a>                  Teléfono de Medicaid: 609-631-2392                  Sitio web de CHIP: <a href="http://www.njfamilycare.org/index.html">http://www.njfamilycare.org/index.html</a>                  Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710</p>
<p><b>NUEVA YORK – Medicaid</b>                  Sitio web: <a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a>                  Teléfono: 1-800-541-2831</p>	<p><b>CAROLINA DEL NORTE – Medicaid</b>                  Sitio web: <a href="https://dma.ncdhhs.gov/">https://dma.ncdhhs.gov/</a>                  Teléfono: 919-855-4100</p>
<p><b>DAKOTA DEL NORTE – Medicaid</b>                  Sitio web: <a href="http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/">http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/</a>                  Teléfono: 1-844-854-4825</p>	<p><b>OKLAHOMA – Medicaid y CHIP</b>                  Sitio web: <a href="http://www.insureoklahoma.org">http://www.insureoklahoma.org</a>                  Teléfono: 1-888-365-3742</p>
<p><b>OREGON – Medicaid</b>                  Sitio web: <a href="http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx">http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx</a>  <a href="http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html">http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html</a>                  Teléfono: 1-800-699-9075</p>	<p><b>PENNSYLVANIA – Medicaid</b>                  Sitio web: <a href="http://www.dhs.pa.gov/provider/medicalassistance/healthinsurancepremiumpaymenthippprogram/index.htm">http://www.dhs.pa.gov/provider/medicalassistance/healthinsurancepremiumpaymenthippprogram/index.htm</a>                  Teléfono: 1-800-692-7462</p>
<p><b>RHODE ISLAND – Medicaid</b>                  Sitio web: <a href="http://www.eohhs.ri.gov/">http://www.eohhs.ri.gov/</a>                  Teléfono: 855-697-4347</p>	<p><b>CAROLINA DEL SUR – Medicaid</b>                  Sitio web: <a href="https://www.scdhhs.gov">https://www.scdhhs.gov</a>                  Teléfono: 1-888-549-0820</p>
<p><b>DAKOTA DEL SUR – Medicaid</b>                  Sitio web: <a href="http://dss.sd.gov">http://dss.sd.gov</a>                  Teléfono: 1-888-828-0059</p>	<p><b>TEXAS – Medicaid</b>                  Sitio web: <a href="http://gethipptexas.com/">http://gethipptexas.com/</a>                  Teléfono: 1-800-440-0493</p>
<p><b>UTAH – Medicaid y CHIP</b>                  Sitio web de Medicaid: <a href="https://medicaid.utah.gov/">https://medicaid.utah.gov/</a>                  Sitio web de CHIP: <a href="http://health.utah.gov/chip">http://health.utah.gov/chip</a>                  Teléfono: 1-877-543-7669</p>	<p><b>VERMONT – Medicaid</b>                  Sitio web: <a href="http://www.greenmountaincare.org/">http://www.greenmountaincare.org/</a>                  Teléfono: 1-800-250-8427</p>
<p><b>VIRGINIA – Medicaid y CHIP</b>                  Sitio web de Medicaid: <a href="http://www.coverva.org/programs_premium_assistance.cfm">http://www.coverva.org/programs_premium_assistance.cfm</a>                  Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924                  Sitio web de CHIP: <a href="http://www.coverva.org/programs_premium_assistance.cfm">http://www.coverva.org/programs_premium_assistance.cfm</a>                  Teléfono de CHIP: 1-855-242-8282</p>	<p><b>WASHINGTON – Medicaid</b>                  Sitio web: <a href="http://www.hca.wa.gov/free-or-low-cost-health-care/program-administration/premium-payment-program">http://www.hca.wa.gov/free-or-low-cost-health-care/program-administration/premium-payment-program</a>                  Teléfono: 1-800-562-3022 ext. 15473</p>
<p><b>WEST VIRGINIA – Medicaid</b>                  Sitio web: <a href="http://mywvhipp.com/">http://mywvhipp.com/</a>                  Teléfono para llamada gratuita: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)</p>	<p><b>WISCONSIN – Medicaid y CHIP</b>                  Sitio web: <a href="https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p1/p10095.pdf">https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p1/p10095.pdf</a>                  Teléfono: 1-800-362-3002</p>

**WYOMING – Medicaid**

Sitio web: <https://wyequalitycare.acs-inc.com/>  
Teléfono: 307-777-7531

Para ver si otros estados han agregado un programa de asistencia con la prima desde el 31 de julio de 2018, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con cualquiera de los siguientes:

Departamento de Trabajo de los EE. UU.  
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado  
[www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa)  
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.  
Centros para servicios de Medicare y Medicaid  
[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)  
1-877-267-2323, Menú Opción 4, Ext. 61565

**Declaración sobre la Ley de Reducción de Trámites**

En virtud de la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), no se requiere que las personas respondan a una recopilación de información a menos que en dicha recopilación aparezca un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento manifiesta que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información a menos que sea aprobada por la OMB en virtud de la PRA y donde aparezca un número de control de la OMB válido actualmente, y el público no tiene que responder a una recopilación de información a menos que se muestre un número de control de OMB válido actualmente. Ver 44 U.S.C. 3507. Además, independientemente de otras disposiciones legales, ninguna persona estará sujeta a penalidades por no cumplir con una recopilación de información si en la misma no aparece un número de control de la OMB válido actualmente. Ver 44 U.S.C. 3512.

Se estima que la carga de los informes públicos de esta recopilación de información, en promedio, es de siete minutos aproximadamente por encuestado. Se exhorta a las partes interesadas a enviar comentarios con relación a la carga estimada o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de los EE. UU., a la Administración de Seguridad de Beneficios del empleado, a la Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o por correo electrónico a [ebsa.opr@dol.gov](mailto:ebsa.opr@dol.gov) y hacer referencia al Número de control de la OMB 1210-0137.



### Aviso importante de Fedcap sobre las Nuevas opciones de cobertura del mercado de seguros de salud y su cobertura de salud

#### Parte A: Información general

Cuando las partes más importantes de la ley de atención médica adquirieron vigencia en 2014, había una nueva forma de comprar seguros de salud: el mercado de los seguros de salud. Para ayudarle a evaluar opciones para usted y su familia, este aviso le brinda información básica sobre el nuevo mercado y la cobertura de salud basada en el empleo ofrecida por su empleador.

#### ¿Qué es el Mercado de los seguros de salud?

El mercado está diseñado para ayudarle a encontrar el seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El mercado ofrece "compra única" para encontrar y comparar las opciones de seguro de salud privado. También puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduce su prima mensual de inmediato. La inscripción abierta para la cobertura de seguro médico a través del Mercado comienza el 1 de noviembre de 2018 para la cobertura que comienza el 1 de enero de 2019.

#### ¿Puedo ahorrar dinero con mis Primas de seguro de salud en el mercado?

Usted puede ser elegible para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solamente si su empleador no ofrece cobertura u ofrece una cobertura que no cumple con determinados estándares. Los ahorros en su prima para la cual usted es elegible dependen del ingreso de su hogar.

#### ¿Afecta la cobertura de salud del empleador la elegibilidad para los ahorros en la prima a través del mercado?

Sí. Si usted tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que cumple con determinados estándares, no será elegible para un crédito fiscal a través del mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca su prima mensual, o para una reducción en determinados costos compartidos si su empleador no ofrece ninguna cobertura o no ofrece una cobertura que cumpla con determinados estándares. Si el costo de un plan de su empleador que le ofrece cobertura a usted (y no a otros miembros de su familia) es mayor al 9.5% de su ingreso familiar anual, o si la cobertura que su empleador le proporciona no cumple con el "valor mínimo" estándar según la Ley de atención médica accesible, usted puede ser elegible para un crédito impositivo<sup>1</sup>.

**Nota:** Si usted compra un plan de salud a través del mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida por su empleador, podría perder la contribución del empleador (si existiera) frente a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, esta contribución del empleador (así como la contribución de su empleador a la cobertura ofrecida por el mismo) a menudo se excluye del ingreso con fines del impuesto sobre la renta estatal y federal. Sus pagos para la cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos.

#### ¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre su cobertura ofrecida por su empleador, consulte los documentos de su plan o llame al Centro de servicios de beneficios de Fedcap al [1-866-533-3227](tel:1-866-533-3227) o envíe un correo a [benefit-service-center@fedcap.org](mailto:benefit-service-center@fedcap.org).

El Mercado le puede ayudar a evaluar sus opciones de cobertura, incluyendo su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) para obtener más información, incluyendo una solicitud en línea para la cobertura de seguro de salud y la información de contacto de un Mercado de seguros de salud en su zona.

<sup>1</sup> Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "valor mínimo estándar" si la cuota del plan de los costos totales de los beneficios cubiertos por el plan no es inferior al 60% de esos costos.





## Parte B: Información sobre la cobertura de salud ofrecida por su empleador

Esta sección contiene información sobre las coberturas de salud ofrecidas por su empleador. Si decide comprar una cobertura en el Mercado, HealthCare.gov lo guiará durante el proceso. Aquí encontrará la información del empleador que usted ingresará cuando visite HealthCare.gov para descubrir si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales. Esta información está numerada para que coincida con la solicitud del Mercado.

3. Nombre del empleador Fedcap Rehabilitation Services		4. Número de Identificación del Empleador (EIN, por sus siglas en inglés) 13-5645879
5. Dirección del empleador 633 Third Avenue, 6th Floor		6. Teléfono del empleador (212) 727-4200
7. Ciudad Nueva York	8. Estado NY	9. Código postal 10017
10. ¿Con quién podemos comunicarnos acerca de la cobertura médica de los empleados en este trabajo? Donna Quinn		
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior) (212) 727-4267		12. Correo electrónico dqunn@fedcap.org

Aquí encontrará información básica sobre la cobertura de salud ofrecida por este empleador:

- ▶ Como su empleador, ofrecemos una cobertura de plan de salud para empleados que trabajan 30 horas o más por semana.
- ▶ Con respecto a los dependientes, ofrecemos cobertura. Sus dependientes elegibles son:
  - Cónyuge legal
  - Sus hijos dependientes

Si se confirma, esta cobertura cumple con el valor mínimo estándar<sup>1</sup>, y el costo de esta cobertura puede ser accesible para usted, según el salario del empleado.

**Nota:** Aun si su empleador pretende que su cobertura sea asequible, usted aún puede ser elegible para un descuento de la prima a través del Mercado. El Mercado usará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento de prima. Si, por ejemplo, su salario varía de una semana a otra (tal vez sea un empleado por hora o trabaje por comisión), si está recién empleado a mediados de año, o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede calificar para un descuento de prima.

<sup>1</sup>Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "valor mínimo estándar" si la cuota del plan de los costos totales de los beneficios cubiertos por el plan no es inferior al 60% de esos costos.



### INFORME DE RESUMEN ANUAL

#### Para el PLAN DE BIENESTAR Y DE SALUD DE FEDCAP REHABILITATION SERVICES

Este es un resumen del informe anual del PLAN DE BIENESTAR Y SALUD DE FEDCAP REHABILITATION SERVICES, EIN 1 3-564 5879, Plan N° 506, para el período del 01 de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2017. El informe anual ha sido presentado ante la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, el Departamento de Trabajo de los EE. UU. según lo requiere la Ley de Garantía de Ingreso por Jubilación del Empleado de 1974 (ERISA).

#### Información del seguro

El plan tiene contrato con el NEIGHBORHOOD HEALTH PLAN, INC., EMPIRE HEALTHCHOICE ASSURANCE, INC., NATIONAL VISION ADMINISTRATORS, L.L.C., CCA INC., METROPOLITAN PROPERTY AND CASUALTY INSURANCE COMPANY, HARTFORD LIFE AND ACCIDENT, THE LINCOLN NATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY para pagar reclamos médicos, de la visión, de seguro de vida, de seguro por muerte accidental y desmembramiento, por discapacidad de corto plazo, discapacidad de largo plazo, del Programa de asistencia al empleado, y legales ocurridos según los términos del plan. El total de primas abonadas por el año del plan que finalizó el 31 de diciembre de 2017 fue de \$13.277.200.

#### Sus derechos a información adicional

Usted tiene derecho a recibir una copia del informe anual completo, o cualquier parte del mismo, a solicitud. Los puntos enumerados a continuación están incluidos en ese informe:

- información sobre seguros, incluyendo las comisiones por ventas pagadas por las empresas de seguro;

Para obtener una copia del informe anual completo, o cualquier parte del mismo, escriba o llame a la oficina de FEDCAP REHABILITATION SERVICES INC. en 633 3RD AVENUE, 6TH FLOOR, NEW YORK, NY 10017, o por teléfono al 212-727-4253.

Usted también tiene el derecho legal protegido de examinar el informe anual en la oficina principal del plan (FEDCAP REHABILITATION SERVICES INC., 633 3RD AVENUE, 6TH FLOOR, NEW YORK, NY 10017) y en el Departamento de Trabajo de EE. UU. en Washington, D.C., o de obtener una copia del Departamento de trabajo de EE. UU. una vez abonados los costos de copiado. Las solicitudes al Departamento deberán dirigirse a: Public Disclosure Room, Room N1513, Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, Departamento de Trabajo de los EE. UU., 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

