

CITY OF
MISSION 2020-2021
GUIA DE BENEFICIOS



Cuida tu mañana!

La Ciudad de Mission valora a nuestros empleados y reconoce la importancia de ofrecer beneficios que mejoren la vida de las personas. Las necesidades personales influyen mucho en las elecciones que hacemos todos los días. Jóvenes o viejos, solteros o casados, nuestras necesidades difieren. Es por eso que la Ciudad de Mission quiere brindarle la libertad de seleccionar opciones de beneficios de calidad que funcionen mejor para usted.

Es importante que aproveche la oportunidad de revisar todas las opciones de su plan en detalle. Deberá considerar cuidadosamente cada opción de beneficio, su costo y valor para usted y si es apropiado para sus necesidades personales. Al tomarse el tiempo para examinar todas sus opciones, se asegurará de que sus beneficios satisfagan esas necesidades durante todo el año del plan.

Cambios clave para el período de inscripción abierta del año del plan 2020-2021:

- AMERITAS - La cobertura dental voluntaria se ofrecerá a través de Ameritas y hay dos (2) planes disponibles para seleccionar (bajo y alto) con cuatro (4) niveles de cobertura. Las tarifas han disminuido.
- MASA: el Plan Emergente ya no se ofrece para elección, pero puede continuar con la cobertura si está inscrito actualmente.
- TRUSTMARK: ya no se ofrecerá el seguro de vida universal. Sin embargo, puede mantener esta póliza y continuar con el pago mediante giro bancario o tarjeta de crédito.
- AFLAC - Hemos agregado una póliza de seguro de vida permanente.
- Este año, debido a COVID-19, llevaremos a cabo nuestras sesiones de inscripción abierta un poco diferente. Tendrá dos (2) opciones para inscribirse:
 - Opción 1: autoinscribirse en línea ahorrándole un tiempo valioso
 - Opción 2: regístrese para inscribirse con un asesor de beneficios a través de Zoom
- Los empleados no se reunirán con el departamento de Recursos Humanos para confirmar los beneficios. Es extremadamente importante que todos los empleados seleccionen la cobertura adecuada al inscribirse Todos los beneficios para el año del plan 2020-2021 se basarán en la información en las hojas de confirmación de beneficios impresas por los inscritos. Cada empleado recibirá una copia de la hoja de Confirmación de Beneficios después de inscribirse en línea o reunirse con el representante y debe revisar la hoja para verificar su exactitud. Si se encuentra una discrepancia, comuníquese con el departamento de Recursos Humanos de inmediato. Esta Guía de beneficios se le ha proporcionado para informarle sobre todas las opciones de beneficios y recursos disponibles para usted. Tómese el tiempo para revisar los diversos diseños y coberturas del plan y decidir qué opciones se ajustan mejor a sus necesidades para el año del Plan 2020-2021.

El equipo de recursos humanos de su Ciudad de Misión:

Noemi Munguia – Directora de Recursos Humanos

Nereyda Peña – Asistente de Recursos Humanos

Catherine N. Hernandez – Coordinadora de Recursos Humanos

Melissa Ayala – Coordinadora de Beneficio

nmunguia@missiontexas.us

npena@missiontexas.us

chernandez@missiontexas.us

benefitscoordinator@missiontexas.us

Lista de Recursos de Beneficios



Para obtener más información sobre la amplia gama de beneficios, programas y herramientas de la Ciudad de Mission, utilice los siguientes recursos:

Si tiene preguntas acerca de:	Contacto	Telefono	Internet
COBERTURA MEDICA Directorios de proveedores de la red, estado de reclamos o notificación previa	Blue Cross Blue Shield	800-521-2227	www.bcbstx.com
COBERTURA DE RECETAS MEDICAS	Prime Therapeutics	888-282-4801	www.primetherapeutics.com
24/7 CONSULTA EN LINEA	BCBS	800-581-0393	
CUENTA DE AHORRO FLEXIBLE	PPS	866-342-9434	www.premierpensionsolutions.com
COBERTURA DENTAL	Ameritas	800-487-5553	www.ameritas.com
COBERTURA DE OJOS	Avesis	800-828-9341	www.avesis.com
COBERTURA DE SEGURO DE VIDA	UNUM	800-421-0344	www.unum.com/employees/benefits/life-insurance
COBERTURA DE DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO	UNUM	800-421-0344	www.unum.com/employees/benefits/life-insurance
ASISTENCIA LEGAL	Legal Shield	800-654-7757	www.legalshield.com
PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO	Deer Oaks	866-EAP-2400	www.deeroakseap.com
MASA	MASA	800-423-3226	www.masamts.com
RETIRO OBLIGATORIO	TMRS	800-924-8677	www.tmr.org
RETIRO VOLUNTARIO	Nationwide	877-677-3678	www.nrsforu.com
RETIRO VOLUNTARIO	ICMA	800-669-7400	www.icma-rc.org
PRODUCTOS SUPLEMENTARIOS VOLUNTARIOS	Aflac	800-992-3522	www.aflac.com

Cobertura de seguro / Opciones

Salud - BlueCross BlueShield:

Se continuará brindando / ofreciendo cobertura de salud a través de BCBS con dos planes de cobertura sin aumento en las tarifas. El seguro de salud paga los grandes gastos en los que se puede incurrir cuando usted o un miembro de su familia visitan a los médicos, van al hospital o buscan otros servicios médicos costosos. El seguro de salud le permite obtener atención médica de alta calidad sin graves dificultades financieras para su familia. Para los empleados regulares o tiempo completo, la Ciudad paga la prima por la cobertura del empleado, mientras que el empleado incurre en primas para el cónyuge y los dependientes, en caso de que elija agregarlos al plan.

El examen físico anual obligatorio continúa para ambos planes. Si no se completa un examen físico, y se presenta la documentación, antes del 31 de marzo de 2021, se deducirá una multa de \$ 50 por mes a partir de abril de 2021 hasta septiembre de 2021. Se requerirá la presentación de documentación a Recursos Humanos.

Cuentas de gastos flexibles - PPS:

La FSA continúa ofreciéndose a través de PPS con dos montos de beneficios. Cada empleado que quiera participar en el programa debe inscribirse en el programa de Cuenta de Gastos Flexibles para este año del plan. Tendrá dos opciones de beneficios: un monto anual de \$ 600 o un monto anual de \$ 1,200.

Seguro Dental Voluntario - Ameritas:

Dental voluntario ahora se ofrecerá a través de Ameritas con una disminución en las tarifas. El seguro dental está diseñado para descontar el costo de la atención dental profesional. Los beneficios incluyen atención preventiva y descuentos en atención básica y mayor, así como ortodoncia con restricciones de frecuencia y montos máximos anuales en dólares.

Seguro voluntario de la vista - Avesis:

La cobertura voluntaria de la visión continuará ofreciéndose a través de Avesis con cuatro (4) niveles de cobertura y sin aumento en las tarifas. El seguro de la vista está diseñado para descontar el costo del cuidado de la vista profesional. Los beneficios incluyen exámenes, lentes, lentes de contacto y descuentos en varias otras necesidades de visión con restricciones en la frecuencia y cantidades anuales máximas en dólares.

Voluntary Life Insurance – UNUM:

El seguro de vida grupal, de vida voluntaria y de incapacidad a largo plazo se sigue brindando / ofreciendo a través de UNUM. Se proporciona seguro de vida básico por un monto de \$ 10,000 a los empleados regulares de tiempo completo sin costo alguno. La muerte accidental y el desmembramiento (AD&D) por un monto de \$ 10,000 se proporciona a los empleados regulares a tiempo completo sin costo alguno. Puede inscribirse en un seguro de vida voluntario adicional para usted, su cónyuge y sus dependientes. Esto le permite personalizar la cobertura para sus necesidades individuales y ayuda a

Cobertura de seguro / Opciones (con't)

proporcionar seguridad financiera para usted y su familia. Cada empleado interesado en comprar un seguro de vida voluntario adicional debe inscribirse en la cobertura y es posible que deba completar un formulario de evidencia de asegurabilidad (EOI) y esperar la aprobación final del proveedor antes de que la cobertura sea efectiva.

Discapacidad voluntaria a largo plazo - UNUM:

La discapacidad voluntaria a largo plazo se sigue ofreciendo a través de UNUM. El objetivo de LTD es proteger sus ingresos durante un período prolongado después de haber agotado la discapacidad a corto plazo (si corresponde) o cualquier licencia que haya acumulado. La duración máxima del beneficio es posterior a los 65 años o la edad normal de jubilación de la seguridad social con un período de eliminación que requiere que usted esté discapacitado durante 90 días antes de recibir los beneficios.

Servicios de transporte médico - MASA:

Los servicios de transporte médico se seguirán ofreciendo a través de MASA. MASA cubre tanto el transporte médico aéreo como el transporte de ambulancia terrestre. A través del servicio de membresía, si un equipo de respuesta a emergencias determina que la evacuación aérea o terrestre es su opción más rápida y segura, la ambulancia aérea o terrestre proporcionará transporte médico reduciendo drásticamente el tiempo a un centro de tratamiento de emergencia. Además de su cuota de membresía, no incurrirá en gastos de bolsillo en relación con su transporte. El Plan Emergente ya no se ofrece para elección, pero puede continuar la cobertura si está inscrito actualmente. Cada empleado que desee inscribirse en los Servicios de transporte médico debe inscribirse en la cobertura.

Servicios Legales – Legal Shield:

Los servicios legales se seguirán ofreciendo a través de Legal Shield. Los planes de Protección Legal ayudan a proporcionar servicios legales a tarifas prepagas negociadas con firmas de abogados en toda América del Norte a una fracción de lo que tradicionalmente cuestan. Un plan de robo de identidad también está disponible para ayudarlo a protegerlo a usted y a su familia del robo de identidad y el fraude.

Seguro complementario voluntario – Aflac:

Los productos complementarios voluntarios se seguirán ofreciendo a través de Aflac. Aflac proporciona pólizas de seguro suplementario que lo ayudan a protegerlo de gastos médicos inesperados y lo ayudan a protegerse de las dificultades financieras. Estos planes están diseñados para complementar su seguro de salud para que no pague de su bolsillo copagos, deducibles, gastos de viaje o estadías en hoteles, si es necesario. Todos estos planes le pagan directamente, independientemente de otro seguro que ya tenga. Las pólizas disponibles son Accidente, Cáncer, Enfermedad crítica, Indemnización hospitalaria, Incapacidad a corto plazo y seguro de vida permanente.

Cobertura de seguro / Opciones – (con't)

Programa de asistencia al empleado-Deer Oaks:

El Programa de Asistencia al Empleado (EAP) continúa brindándose a través de Deer Oaks EAP. Deer Oaks EAP es un servicio gratuito provisto para usted y sus dependientes. Este programa ofrece una amplia variedad de servicios confidenciales de asesoramiento, derivación y consulta, todos diseñados para ayudarlo a usted y a su familia a resolver problemas laborales y de la vida para vivir vidas más felices, saludables y equilibradas. Los empleados continúan teniendo hasta seis (6) sesiones gratuitas por inquietud / problema.

Retiro Obligatorio – Texas Municipal Retirement System (TMRS):

La Ciudad exige que todos los empleados participen en TMRS a una tasa de contribución del 6% por período de pago. La Ciudad contribuye de 2 a 1 fondos de contrapartida para todos los empleados participantes. Los fondos de la ciudad se mantienen separados hasta que los empleados se retiren.

Retiro Voluntario – ICMA 457 Plan de Compensacion Diferido:

El plan de compensación diferida ICMA 457 es un programa de ahorro de jubilación suplementario que le permite hacer contribuciones antes de impuestos. Las contribuciones pueden aumentarse, disminuirse, detenerse y reiniciarse sin restricciones, tarifas o sanciones.

Retiro Voluntario – Nationwide:

El plan de compensación diferida 457 de Nationwide es un programa de ahorro de jubilación suplementario que le permite hacer contribuciones antes de impuestos.

Las elecciones / cambios que realice entrarán en vigencia apartir del 1 de octubre de 2020.

Nuevas Contrataciones:

La fecha de vigencia de la cobertura para todos los beneficios es el primer día del mes siguiente a un período de espera de 30 días.

FAVOR DE LEER:

Los beneficios del seguro entran en vigencia el primer día del mes siguiente a los 30 días de empleo, sin embargo, para la cobertura dental y de la vista, las deducciones comienzan con un mes de anticipación. Por lo tanto, si separa el empleo, está cubierto hasta el final del mes en que separa el empleo, y le reembolsaremos las deducciones dentales y de la vista tomadas durante los meses que no esté cubierto.

Dependientes elegibles

Un empleado también puede inscribir dependientes elegibles en planes de seguro elegibles. Un dependiente es elegible si es un:

- Cónyuge legal, del mismo sexo o del sexo opuesto (debe incluir una copia de la licencia de matrimonio o documentación del matrimonio de hecho).
- Hijos dependientes hasta los 26 años que son:
 - Soltero, siempre y cuando él / ella no sea elegible para inscribirse en otro plan de salud patrocinado por el empleador (que no sea un plan de salud grupal de un padre), o
 - Casado y menor de 26 años, siempre que no sea elegible para inscribirse en otro plan de salud patrocinado por el empleador (que no sea un plan de salud grupal de un padre)

Los empleados que agreguen dependientes a sus coberturas DEBEN proporcionar un número de seguro social válido para cada dependiente.

Los empleados deben proporcionar una copia del certificado de nacimiento, pasaporte, documentos de tutela legal o documentos de adopción para sus hijos dependientes y dependientes mayores de 26 años con una discapacidad.

Lo que necesitas para inscribirte:

Necesitará los siguientes artículos a la mano:

- Nombres, números de seguro social, fechas de nacimiento y direcciones de cualquiera / todos los dependientes que desee inscribir en uno o más de los planes.
- Información del beneficiario del seguro de vida (primario y contingente).
- Prueba de estado de dependiente, si está agregando un nuevo dependiente (es decir, certificado de matrimonio, certificado de nacimiento, orden judicial, etc.).
- Información de cobertura médica creíble anterior o actual.

Beneficios antes de impuestos:

La Ciudad de Mission ofrece inscripción en un plan antes de impuestos de la Sección 125. Ciertas coberturas a las que contribuye se deducen de su cheque de pago antes de impuestos. El IRS estipula que cuando elige que se deduzcan sus deducciones con dólares antes de impuestos, también acepta permanecer en el plan de beneficios de su selección durante un año completo, a menos que experimente un evento calificado.

Cambiando tus elecciones

En general, sus elecciones anuales de beneficios antes de impuestos son irrevocables para el año del plan, del 1 de octubre de 2020 al 30 de septiembre de 2021.

Sin embargo, si experimenta un cambio de estado o un evento de inscripción especial que afecta directamente su elegibilidad para la cobertura; puede cambiar su elección dentro de los 31 días posteriores al evento.

En circunstancias limitadas, un cambio de elección basado únicamente en un cambio de estado debe ser coherente con su cambio de estado (es decir, si un niño nace de usted, puede agregar cobertura para ese niño).

En general:

Los eventos de cambio de estado le brindan más oportunidades para realizar un cambio electoral que los derechos especiales de inscripción.

Si su evento podría considerarse tanto un cambio de estado como un derecho de inscripción especial, puede hacer cualquier cambio permitido por un cambio de estado o un derecho de inscripción especial.

Lo que constituye un evento de vida calificado?

Eventos de Vida que califican	Beneficios permitidos a cambio									Documentacion
	Medico	Dental	Vision	Seguro de vida EE	Seguro Vida Esposo (a)	Seguro de Vida hijos	Transporte Medico	Supplemental	Beneficiarios	
Cambio en el estado civil: · Matrimonio · Divorcio o anulación · Separación legal · Disolución de pareja doméstica · Muerte del cónyuge	✓	✓	✓		✓		✓	✓	✓	Certificado de matrimonio Decreto de divorcio Documento final de la corte Declaración de cancelación de inscripción notariada Acta de defunción
Cambio en el número de dependientes: · Nacimiento · Adopción · Tutela de un niño · Muerte de un dependiente	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	Certificado de nacimiento Anuncio de hospital Acuerdo de adopción Decreto judicial de tutela Acta de defunción
El dependiente se vuelve elegible	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Proporcione el nombre, número de seguro social y fecha de nacimiento de los dependientes
El dependiente pierde otra cobertura	✓	✓	✓				✓	✓	✓	Prueba de pérdida de cobertura, tal como carta de terminación; Certificado de cobertura acreditable
Dependiente gana otra cobertura	✓	✓	✓				✓	✓	✓	Prueba de cobertura con fecha de inicio de beneficios y nombre (s) de cobertura dependientes
Un cambio en las horas de trabajo del empleado, cónyuge o dependiente (incluido un cambio entre el estado de tiempo completo y parcial)	✓	✓	✓				✓	✓	✓	Prueba de pérdida de cobertura debido a cambio en el estado laboral, como un Certificado de cobertura acreditable o una carta de la compañía
Dependiente ordenado por la corte, agregar o quitar de la cobertura	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	Póngase en contacto con su equipo de beneficios directamente
Cualquier otro evento de la vida.										Póngase en contacto con recursos humanos directamente

Contribuciones Mensuales – Empleados de tiempo completo(40hrs)

<u>Opciones de Seguro</u>			<u>*Sin Examen fisico 3/31 = \$50 Cargo</u>
Blue Cross Blue Shield Plan Base	<u>Contribucion de la Ciudad</u>	<u>Contribucion del Empleado</u>	<u>Semi-mensual</u>
Solo el empeado - \$587.67	\$587.67	\$0.00	\$0.00
Empleado + hijo(ros) - \$889.38	\$639.38	\$250.00	\$125.00
Empleado + Esposo (a) - \$916.91	\$587.67	\$329.24	\$164.62
Empleado + Familia - \$1,247.56	\$772.56	\$475.00	\$237.50
Blue Cross Blue Shield Plan de Compra	<u>Contribucion de la Ciudad</u>	<u>Contribucion del Empleado</u>	<u>Semi-mensual</u>
Solo el empeado - \$687.67	\$587.67	\$100.00	\$50.00
Empleado + hijo(ros) \$989.38	\$639.38	\$350.00	\$175.00
Empleado + Esposo(a)- \$1,017.67	\$587.67	\$430.00	\$215.00
Empleado + Familia \$1,347.56	\$772.56	\$575.00	\$287.50
Ameritas Dental Plan Bajo - \$1,000	<u>Contribucion de la Ciudad</u>	<u>Contribucion del Empleado</u>	<u>Semi-mensual</u>
Solo el empleado	\$0.00	\$12.48	\$6.24
Empleado + Esposo (a)	\$0.00	\$22.52	\$11.26
Empleado + hijo(ros)	\$0.00	\$34.68	\$17.34
Empleado + Familia	\$0.00	\$47.72	\$23.86
Ameritas Dental Plan alto c/Ortodoncia \$1,500	<u>Contribucion de la Ciudad</u>	<u>Contribucion del Empleado</u>	<u>Semi-mensual</u>
Solo el empleado	\$0.00	\$22.80	\$11.40
Empleado + Esposo (a)	\$0.00	\$46.88	\$23.44
Empleado + hijo(ros)	\$0.00	\$66.96	\$33.48
Empleado + Familia	\$0.00	\$92.88	\$46.44
Avesis Vision	<u>Prima Mensual</u>	<u>Contribucion del Empleado</u>	<u>Semi-mensual</u>
Solo el empleado	\$0.00	\$7.26	\$3.63
Empleado + Esposo (a)	\$0.00	\$13.66	\$6.83
Empleado + hijo(ros)	\$0.00	\$14.82	\$7.41
Empleado + Familia	\$0.00	\$19.24	\$9.62
UNUM Life y LTD	<u>Precio Mensual</u>	<u>Contribucion del Empleado</u>	<u>Semi-mensual</u>
Seguro de vida Empleado (hasta \$500,000)	Varía según la edad y la cantidad.		
Seguro de vida esposo(a) (hasta \$250,000)	Varía según la edad y la cantidad.		
Seguro de vida hijos(as)Life (hasta \$10,000)	\$0.18 por \$1,000	\$1.80	\$0.90
Discapacidad a largo plazo	Varía según la edad y salario		
En general, sus elecciones anuales de beneficios antes de impuestos son irrevocables para el año del plan. Sin embargo, si experimenta un evento calificativo que afecta directamente su elegibilidad, se debe enviar una notificación al Departamento de Recursos Humanos dentro de los 31 días con la documentación adecuada.			

Contribuciones Mensuales – Empleados de medio tiempo (30hrs)

<u>Opciones de Seguro</u>			**Sin Examen fisico 3/31 = \$50 Cargo
Blue Cross Blue Shield Base Plan	<u>Contribucion de la Ciudad</u>	<u>Contribucion del Empleado</u>	<u>Semi-mensual</u>
Solo el empleado - \$587.67	\$493.67	\$94.00	\$47.00
Empleado + hijo(ros) - \$889.38	\$493.67	\$395.70	\$197.85
Empleado + Esposo (a) - \$916.91	\$493.67	\$423.24	\$211.62
Empleado + Familia - \$1,247.56	\$493.67	\$753.88	\$376.94
Ameritas Dental Low Plan - \$1,000	<u>Contribucion de la Ciudad</u>	<u>Contribucion del Empleado</u>	<u>Semi-mensual</u>
Solo el empleado	\$0.00	\$12.48	\$6.24
Empleado + Esposo (a)	\$0.00	\$22.52	\$11.26
Empleado + hijo(ros)	\$0.00	\$34.68	\$17.34
Empleado + Familia	\$0.00	\$47.72	\$23.86
Ameritas Dental High Plan w/Ortho - \$1,500	<u>Contribucion de la Ciudad</u>	<u>Contribucion del Empleado</u>	<u>Semi-mensual</u>
Solo el empleado	\$0.00	\$22.80	\$11.40
Empleado + Esposo (a)	\$0.00	\$46.88	\$23.44
Empleado + hijo(ros)	\$0.00	\$66.69	\$33.48
Empleado + Familia	\$0.00	\$92.88	\$46.44
Avesis Vision	<u>Contribucion de la Ciudad</u>	<u>Contribucion del Empleado</u>	<u>Semi-mensual</u>
Solo el empleado	\$0.00	\$7.26	\$3.63
Empleado + Esposo (a)	\$0.00	\$13.66	\$6.83
Empleado + hijo(ros)	\$0.00	\$14.82	\$7.41
Empleado + Familia	\$0.00	\$19.24	\$9.62
UNUM Life y LTD	<u>Precio Mensual</u>	<u>Contribucion del Empleado</u>	<u>Semi-mensual</u>
Seguro de vida Empleado (hasta \$500,000)	Varía según la edad y la cantidad.		
Seguro de vida esposo(a) (hasta \$250,000)	Varía según la edad y la cantidad.		
Seguro de vida hijos(as)Life (hasta \$10,000)	\$0.18 por \$1,000	\$1.80	\$0.90
Discapacidad a largo plazo	Varía según la edad y salario		
En general, sus elecciones anuales de beneficios antes de impuestos son irrevocables para el año del plan. Sin embargo, si experimenta un evento calificativo que afecta directamente su elegibilidad, se debe enviar una notificación al Departamento de Recursos Humanos dentro de los 31 días con la documentación adecuada.			

Medical Benefits



Effective October 1, 2020

Here is a snapshot of the medical coverage offered through the 2020-2021 medical plan(s). For a complete summary of benefits, please refer to the plans provided or visit www.missiontexas.us.

PPO Plans	Base Plan		Buy-Up Plan	
	In-Network	Out-of-Network	In-Network	Out-of-Network
Deductible	\$1,000 Individual \$2,000 Family	\$2,500 Individual \$5,000 Family	\$500 Individual \$1,000 Family	\$2,500 Individual \$5,000 Family
Out-of-Pocket Maximum	\$3,000 Individual \$5,000 Family	\$6,000 Individual \$10,000 Family	\$2,000 Individual \$4,000 Family	\$6,000 Individual \$10,000 Family
Co-Insurance	70%	50%	80%	50%
Lifetime Maximum	Unlimited		Unlimited	
Office Visit	PCP - \$30 Copay Specialist - \$45 Copay	50% Coinsurance	PCP - \$20 Copay Specialist - \$35 Copay	50% Coinsurance
Wellness Visit	Plan Pays 100%	50% Coinsurance	Plan Pays 100%	50% Coinsurance
In-Patient & Out-Patient Hospital	Inpatient – 30% Coinsurance Outpatient - \$30 Copay	50% Coinsurance	Inpatient – 20% Coinsurance Outpatient - \$20 Copay	50% Coinsurance
Urgent Care	\$45 Copay	50% Coinsurance	\$45 Copay	50% Coinsurance
Emergency Room	\$250 Copay + 30% Coinsurance Copay Waived if Admitted		\$125 Copay + 20% Coinsurance Copay Waived if Admitted	
Rx Drug Out-of-Pocket	\$4,600 Individual \$9,200 Family		\$4,600 Individual \$9,200 Family	
Retail – 30 Day Supply				
Generic / Preferred Brand / Non-Preferred Brand / Specialty	\$10 / \$35 / \$60 / \$200		\$10 / \$25 / \$40 / \$75	
Mail Order – 90 Day Supply				
Generic / Preferred Brand / Non-Preferred Brand	\$20 / \$50 / \$80		\$20 / \$50 / \$80	
Network Website	www.bcbstx.com		www.bcbstx.com	

Medicamentos genéricos: preguntas y respuestas

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Un medicamento genérico es idéntico, o bioequivalente, a un medicamento de marca en forma de dosificación, seguridad, concentración, vía de administración, calidad, características de rendimiento y uso previsto. Aunque los medicamentos genéricos son químicamente idénticos a sus contrapartes de marca, generalmente se venden con descuentos sustanciales del precio de marca. Según la Oficina de Presupuesto del Congreso, los medicamentos genéricos ahorran a los consumidores un estimado de \$ 8 a \$ 10 mil millones al año en farmacias minoristas. Incluso se ahorran más miles de millones cuando los hospitales usan genéricos.

¿Son los medicamentos genéricos tan efectivos como los medicamentos de marca?

Si. Un medicamento genérico es lo mismo que un medicamento de marca en dosis, seguridad, concentración, calidad, la forma en que funciona, la forma en que se toma y la forma en que se debe usar.

La FDA exige que los medicamentos genéricos tengan la misma alta calidad, fuerza, pureza y estabilidad que los medicamentos de marca.

No todos los medicamentos de marca tienen un medicamento genérico. Cuando se fabrican nuevos medicamentos, tienen patentes de medicamentos. La mayoría de las patentes de medicamentos están protegidas por 20 años. La patente, que protege a la compañía que fabricó el medicamento primero, no permite que nadie más fabrique y venda el medicamento. Cuando la patente expira, otras compañías farmacéuticas pueden comenzar a vender una versión genérica del medicamento. Pero, primero, deben probar el medicamento y la FDA debe aprobarlo.

Crear una droga cuesta mucho dinero. Dado que los fabricantes de medicamentos genéricos no desarrollan un medicamento desde cero, los costos para llevar el medicamento al mercado son menores; por lo tanto, los medicamentos genéricos suelen ser menos costosos que los medicamentos de marca. Pero los fabricantes de medicamentos genéricos deben demostrar que su producto funciona de la misma manera que el medicamento de marca.

Cómo se aprueban los medicamentos genéricos?

Las compañías farmacéuticas deben presentar una nueva solicitud abreviada de medicamentos (ANDA) para su aprobación para comercializar un producto genérico. La Ley de Concurso de Precios de Medicamentos y Restauración del Plazo de Patentes de 1984, más comúnmente conocida como la Ley Hatch-Waxman, hizo posible ANDA al crear un compromiso en la industria farmacéutica. Las compañías farmacéuticas genéricas obtuvieron un mayor acceso al mercado de medicamentos recetados, y las compañías innovadoras obtuvieron la restauración de la vida de sus productos perdidos durante el proceso de aprobación de la FDA.

Los nuevos medicamentos, como otros productos nuevos, se desarrollan bajo protección de patente. La patente protege la inversión en el desarrollo del medicamento al otorgarle a la compañía el derecho exclusivo de vender el medicamento mientras la patente está vigente. Cuando caducan las patentes u otros períodos de exclusividad, los fabricantes pueden solicitar a la FDA la venta de versiones genéricas.

El proceso ANDA no requiere que el patrocinador del medicamento repita costosas investigaciones clínicas y animales sobre ingredientes o formas de dosificación ya aprobadas para su seguridad y eficacia. Esto se aplica a las drogas comercializadas por primera vez después de 1962.

¿Qué estándares deben cumplir los medicamentos genéricos?

Los profesionales de la salud y los consumidores pueden estar seguros de que los medicamentos genéricos aprobados por la FDA han cumplido los mismos estándares rígidos que el medicamento innovador. Para obtener la aprobación de la FDA, un medicamento genérico debe: contienen los mismos ingredientes activos que el medicamento innovador (los ingredientes inactivos pueden variar)

- ser idéntico en fuerza, forma de dosificación y vía de administración
- tienen las mismas indicaciones de uso
- ser bioequivalente
- cumplir con los mismos requisitos de lote para identidad, fuerza, pureza y calidad
- ser fabricado bajo los mismos estándares estrictos de las regulaciones de buenas prácticas de fabricación de la FDA requeridas para productos



Salud para adultos: Personas mayores de 18 años de edad

La atención médica preventiva es muy importante para los adultos. Al tomar buenas decisiones básicas sobre su salud, tanto mujeres como hombres pueden mejorar su salud y bienestar. Estas son algunas decisiones que influyen en su salud positivamente:

- alimentarse sanamente;
- hacer ejercicio regularmente;
- no consumir tabaco;
- limitar el consumo de alcohol;
- procurar tener un peso saludable.

Guía para el bienestar de los adultos Dar prioridad a la atención médica preventiva

Pruebas de detección	
Peso	Cada consulta o al menos anualmente
Índice de masa corporal (BMI, en inglés)	Cada consulta o al menos anualmente
Presión arterial (BP, en inglés)	Cada consulta o al menos anualmente
Prueba de detección de cáncer de colon	Se puede detectar el cáncer colorrectal en adultos de 50 a 75 años mediante una de las siguientes pruebas: • prueba de sangre oculta en las heces con guayacol (gFOBT) cada año, o; • prueba inmunoquímica fecal (FIT) cada año, o; • prueba inmunoquímica fecal (FIT) en ADN cada 1 a 3 años, o; • sigmoidoscopia flexible cada 5 años, o; • sigmoidoscopia flexible cada 10 años con la prueba FIT anualmente, o; • colonoscopia cada 10 años o; • colonografía por tomografía computarizada cada 5 años.** • Las personas entre 45 y 49 años deben consultar a su profesional médico sobre los riesgos y las ventajas de hacerse las pruebas diagnósticas.*
Prueba de detección de diabetes	Las personas con presión arterial alta, sobrepeso o factores de riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares deben hacerse la prueba. Todas las demás personas deben hacerse la prueba a partir de los 45 años.**
Prueba de detección de Hepatitis C (HCV, en inglés)	Adultos nacidos entre 1945 y 1965, y personas con alto riesgo de contraer infecciones deben hacerse esta prueba una vez.
Prueba de detección de VIH	Adultos entre 18 y 65 años, adultos de edad avanzada con riesgo elevado y las embarazadas deben hacerse esta prueba.
Vacunas	
Tétanos, difteria y tos ferina (Td/Tdap)	Administrarse la vacuna Tdap una vez, luego un refuerzo de Td cada 10 años
Influenza (gripe)	Anualmente
Virus del papiloma humano (VPH)	Mujeres: De 2 a 3 dosis, dependiendo la edad cuando recibió la vacuna inicial; y entre los 18 y 26 años si aún no ha recibido esta vacuna. Hombres: De 2 a 3 dosis, dependiendo cuando recibió la vacuna inicial; entre los 19 y 21 años si aún no ha recibido esta vacuna.
Herpes Zóster (culebrilla)	2 dosis de RZV a partir de los 50 años o 1 dosis de ZVL a partir de los 60 años. Consulte las opciones con su profesional médico.*
Varicela	2 dosis si no hay evidencia de inmunidad
Neumococo (pulmonía)	1 dosis de PCV 13 y 1 dosis de PCV 23 al menos una vez al año después de PCV 13 para personas mayores de 65 años.**
Sarampión, paperas, rubéola (MMR, en inglés)	1 o 2 dosis para los adultos nacidos a partir de 1957 que no tienen evidencia de inmunidad

* Un profesional médico puede ser un médico, profesional médico principal, asistente médico, enfermero profesional u otro profesional de la salud.

**Las recomendaciones pueden variar. Consulte a su profesional médico para saber cuándo iniciar y con qué frecuencia debe realizarse las pruebas de detección, especialmente si sus riesgos son mayores.

Salud de la mujer

Las mujeres tienen sus propias necesidades de atención médica. Para mantenerse bien, las pruebas de detección regulares son una prioridad. Además de los servicios que se mencionan en la sección *Salud para adultos*, las mujeres también deberían de dialogar con su profesional médico sobre las recomendaciones que se indican en la tabla a la derecha.

Salud del hombre

Se motiva a los hombres a buscar atención médica según sea necesario y a tomar decisiones informadas. Esto incluye llevar un estilo de vida saludable y obtener los servicios de atención médica preventiva recomendados. Además, si se sigue un plan de acción para mejorar la salud general, es más probable lograr un mayor bienestar.

Además de los servicios que se mencionan en la sección *Salud para adultos*, también es importante dialogar con su profesional médico sobre las recomendaciones que se incluyen en la tabla a la derecha.

¡Infórmese! Fuentes adicionales de información de salud:

- ahrq.gov/patients-consumers/prevention/index.html
- cancer.org/healthy/index
- cdc.gov/healthyliving/

Recomendaciones para la mujer

Mamografía	Mujeres entre 50 y 74 años de edad deben hacerse una mamografía, al menos, cada 2 años. Mujeres entre 40 y 49 años deberían hablar sobre los riesgos y las ventajas de la prueba con su profesional médico.
Colesterol	Mujeres mayores de 45 años; mujeres entre 20 y 45 años deben hacerse pruebas de detección si tienen un riesgo mayor de padecer enfermedad coronaria. Consulte a su profesional médico para saber cuándo iniciar y con qué frecuencia debe realizarse las pruebas de detección.
Prueba de detección de cáncer cervical	Mujeres entre 21 y 65 años de edad: Prueba de Papanicolaou al menos cada 3 años Otra opción para mujeres entre 30 y 65 años de edad: Prueba de Papanicolaou y VPH cada 5 años Es posible que las mujeres que se han sometido a una histerectomía o que sean mayores de 65 años de edad no necesiten la prueba de Papanicolaou.*
Prueba de detección de osteoporosis	A partir de los 65 años, o de los 60 años si existen factores de riesgo; antes de los 65 años para mujeres en posmenopausia con riesgo elevado de osteoporosis.*
Uso de la aspirina en dosis baja	Mujeres entre 50 y 59 años, consulten a su profesional médico sobre el consumo de aspirina en dosis bajas para prevenir enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal.

Recomendaciones para el hombre

Colesterol	Hombres mayores de 35 años deben hacerse la prueba. Hombres entre 20 y 35 años deben hacerse la prueba si existe un riesgo mayor de padecer enfermedades coronarias. Consulte a su profesional médico para saber cuándo iniciar y con qué frecuencia debe realizarse las pruebas.
Prueba de detección de cáncer de próstata	Consulte a su profesional médico sobre las ventajas y los riesgos de hacerse la prueba.*
Aneurisma aórtico abdominal	Hombres entre 65 y 75 años deben hacerse un ultrasonido si fumaron alguna vez.
Uso de la aspirina en dosis baja	Si tiene entre 50 y 59 años, consulte a su profesional médico sobre el consumo de aspirina en dosis bajas para prevenir enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal.

Probablemente usted no duda en consultar a su profesional médico acerca de nutrición y ejercicio, cómo bajar de peso y dejar de fumar. Otros temas de discusión podrían incluir:

- salud dental;
- problemas de alcoholismo o drogadicción;
- conducta sexual y enfermedades de transmisión sexual;
- sentimientos de depresión;
- violencia doméstica;
- prevención de accidentes/lesiones;
- prevención de caídas, especialmente para personas mayores de 65 años.



*Las recomendaciones pueden variar. Consulte a su profesional médico sobre las pruebas de detección disponibles, especialmente si sus riesgos son mayores.

Las recomendaciones que se incluyen en la tabla se basan en información de organizaciones como el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, en inglés), American Academy of Family Physicians (academia estadounidense de médicos de familia), la Sociedad Americana contra el Cáncer y United States Preventive Services Task Force (grupo de trabajo sobre servicios preventivos de Estados Unidos). Las recomendaciones no pretenden sustituir el asesoramiento médico ni la opinión médica individual de un médico u otro profesional médico. Consulte a su profesional médico para obtener asesoramiento individualizado sobre las recomendaciones incluidas.

La cobertura de servicios de atención médica preventiva sin gastos compartidos podría variar dependiendo de su cobertura médica y de la obtención de servicios mediante profesionales médicos de la red. Si tiene preguntas, llame al número de Servicio al Cliente en su tarjeta de asegurado.



Tener buena salud es un regalo que todos quisiéramos para los niños, pero esto no sucede sin su ayuda.

He aquí algunas recomendaciones para mantener a su hijo sano:

- introducir buenos hábitos alimentarios a una edad temprana y ser un buen ejemplo a seguir;
- fomentar actividades recreativas y físicas;
- estar al día con las vacunas recomendadas.

Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) quiere que su hijo esté bien.

Guía para el bienestar de los niños Cómo sentar las bases para un futuro saludable

Salud infantil

Procure el bienestar de su hijo. Programe una consulta preventiva anual con el prestador de servicios médicos* de su hijo, conforme al esquema de vacunación. El prestador de servicios médicos evaluará el desarrollo y progreso de su hijo, y debe de hablar con usted acerca de sus hábitos de alimentación y sueño, seguridad y problemas de conducta.

De acuerdo con las recomendaciones del programa de promoción de salud Bright Futures de American Academy of Pediatrics (academia estadounidense de pediatría), el prestador de servicios médicos debe hacer lo siguiente:



revisar el percentil del índice de masa corporal de su hijo periódicamente a partir de los 2 años



revisar la presión arterial una vez al año, a partir de los 3 años



hacer una prueba de audición al nacer, después una anual de los 4 a los 6 años, y luego a los 8 y 10 años



hacer un examen anual de la vista de los 3 a los 6 años, y luego a los 8, 10, 12 y 15 años

Ayude a proteger a su hijo de las enfermedades. Asegúrese de que le administren las vacunas recomendadas que se muestran en las tablas. Si a su hijo le faltan vacunas, pregúntele al profesional médico cómo ponerse al día.

¡Infórmese! Puede encontrar más información de salud en [healthychildren.org/Spanish](https://www.healthychildren.org/Spanish)

Tenga en cuenta que: Estas recomendaciones son para niños saludables que no tienen ningún riesgo especial para la salud. Dedique tiempo para revisar los siguientes resúmenes de servicios preventivos clave.

*Un prestador de servicios médicos puede ser un doctor en medicina, prestador principal de servicios médicos, asistente médico, enfermero profesional u otro profesional médico.

Asegúrese de que su hijo esté al día con sus vacunas y exámenes preventivos.

Esquema de vacunación infantil de rutina¹

Vacuna	Nacimiento	1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	15 meses	18 meses	11/2 a 3 años	4 a 6 años
Hepatitis B (HepB)	●	●					●			
Rotavirus (RV) RV1 (serie de 2 dosis); RV5 (serie de 3 dosis)			●	●	●	serie de 3 dosis				
Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP)			●	●	●		●			●
Influenza hemofílica tipo B (Hib)			●	●	●	●				
Antineumocócica conjugada (PCV)			●	●	●	●				
Vacuna inactivada contra la poliomelitis (IPV)			●	●		●				●
Influenza (gripe)					●	Recomendada anualmente a partir de los 6 meses con 2 dosis administradas el primer año.				
Sarampión, paperas y rubéola (MMR)						●				●
Varicela (<i>Chicken pox</i>)						●				●
Hepatitis A (HepA)						●	Primera dosis: de 12 a 23 meses Segunda dosis: de 6 a 18 meses después		●	

● Una dosis

■ Las áreas sombreadas indican que la vacuna se puede administrar durante el rango de edad que se muestra.

Adolescentes

A medida que sus hijos crecen y se convierten en adolescentes, deben de continuar con las consultas anuales de atención preventiva para realizarse exámenes y para que se les administren las vacunas programadas. Estas consultas son una oportunidad para que el profesional médico trate lo siguiente:

- la importancia de los buenos hábitos alimentarios y la actividad física regular;
- cómo evitar el consumo de alcohol, tabaco y drogas;
- pruebas para detectar actividad sexual y enfermedades de transmisión sexual, según corresponda;
- pruebas para detectar el VIH entre las edades de 15 y 18 años, o a una edad más temprana si hay un riesgo de contagio elevado.

Vacunas recomendadas entre los 7 y 18 años¹

Vacuna	7 a 10 años	11 a 12 años	13 a 15 años	16 años	17 a 18 años
Tétanos, difteria y tos ferina (Tdap)		●			
Virus del papiloma humano (VPH): niños y niñas		●	2 dosis		
Meningococo (MenACWY)		●		●	
Influenza (gripe)	Anualmente				



1. Éstas son recomendaciones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, en inglés) y American Academy of Pediatrics (cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html). Las recomendaciones no pretenden ser consejo médico ni sustituir el asesoramiento médico o el juicio médico de un prestador de servicios médicos. Consulte a su prestador de servicios médicos para recibir asesoramiento personalizado sobre las recomendaciones incluidas.

La cobertura para servicios preventivos podría variar según su cobertura y si acude a prestadores de servicios médicos de la red. Si tiene preguntas, llame al número de Servicio al Cliente que aparece en su tarjeta de asegurado.



Aproveche los servicios preventivos



La carrera por la salud comienza con el primer paso, aprovechando los servicios preventivos

Los chequeos y exámenes preventivos pueden ayudarlo a usted y a su familia a detectar enfermedades y problemas médicos en sus etapas iniciales y mejorar su salud y la de todos en su familia.

Su cobertura médica incluye exámenes y servicios preventivos sin que usted incurra en gastos de bolsillo, como copagos o coaseguro, siempre y cuando acuda a prestadores de servicios médicos de la red de su cobertura, incluso si no ha cumplido con su deducible.

Algunos servicios de atención preventiva incluidos en su cobertura médica son exámenes anuales de bienestar, vacunas recomendadas, y pruebas para detectar

diabetes, cáncer o depresión. Los servicios preventivos están disponibles para mujeres, hombres, y niños de todas las edades.

Consulte la lista de servicios al reverso de este folleto o en la documentación de su cobertura para informarse sobre los servicios preventivos incluidos, sin costo adicional para usted.

Conozca el esquema de vacunación recomendado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades en www.cdc.gov/spanish/inmunizacion.



ADULTOS



Historial médico preventivo y examen físico anuales

PRUEBAS PARA DETECTAR:

- Aneurisma abdominal aórtica
- Abuso de alcohol y consumo de tabaco
- Enfermedades cardiovasculares (CVD, en inglés), incluyendo las pruebas de colesterol y el uso de estatinas para la prevención de enfermedades cardiovasculares
- Cáncer de colon y pulmonar
- Depresión
- Prevención de caídas
- Presión arterial alta, obesidad, diabetes y depresión
- Enfermedades de transmisión sexual, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus del papiloma humano (HPV, en inglés) y hepatitis
- Tuberculosis

CONSEJERÍA:

- Abuso de alcohol
- Violencia doméstica
- Consejería sobre nutrición y actividad física para adultos con sobrepeso u obesidad, que además presentan factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares
- Obesidad
- Infecciones de transmisión sexual
- Prevención de cáncer de piel
- Consumo de tabaco, incluidos ciertos medicamentos para dejar de consumirlo
- Uso de aspirina para prevenir ataques al corazón

NIÑOS



Historial médico preventivo y examen físico anuales

PRUEBAS PARA DETECTAR:

- Autismo
- Displasia cervical
- Detección de defectos cardíacos congénitos graves en recién nacidos
- Depresión
- Retraso del desarrollo
- Dislipidemia (para niños en alto riesgo)
- Pérdida de la audición, hipotiroidismo, enfermedad de células falciformes y fenilcetonuria (PKU, en inglés) en recién nacidos
- Hematocrito o hemoglobina
- Envenenamiento por plomo
- Obesidad
- Infecciones de transmisión sexual y VIH
- Tuberculosis
- Agudeza visual

EVALUACIONES Y CONSEJERÍA:

- Evaluación de abuso de alcohol y consumo de tabaco para adolescentes
- Consejería sobre obesidad
- Evaluación de riesgos de salud bucal, recubrimiento con fluoruro para prevenir caries y complementos dentales de fluoruro
- Consejería sobre prevención de cáncer de piel

MUJERES



- Aspirina para prevenir preeclampsia
- Detección, pruebas genéticas y consejería sobre cáncer de seno
- Consejería, suministros y apoyo para la lactancia
- Prevención de embarazos por medio de ciertos anticonceptivos y dispositivos médicos, píldora del día siguiente y esterilización
- Detección de cáncer cervical
- Detección de clamidia, gonorrea, sífilis, VIH y hepatitis B
- Consejería sobre consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo
- Detección de diabetes mellitus después del embarazo
- Suplementos de ácido fólico durante el embarazo
- Pruebas de ADN para detectar el virus del papiloma humano (HPV, en inglés)
- Detección de osteoporosis
- Pruebas relacionadas con el embarazo, incluidas las pruebas de anemia, diabetes gestacional, bacteriuria, compatibilidad hemolítica (Rh, en inglés), preeclampsia y depresión perinatal
- Detección de incontinencia urinaria

CIERTAS VACUNAS



Conozca el esquema de vacunación recomendado en: www.cdc.gov/spanish/

- Difteria, tosferina, tétanos
- Haemophilus influenzae tipo B (Hib, en inglés)
- Hepatitis A y B
- Virus del papiloma humano (HPV, en inglés)
- Virus de la polio inactivo (poliomielitis)
- Influenza (gripe)
- Sarampión, paperas, rubéola (MMR, en inglés)
- Meningitis
- Neumocócica
- Rotavirus
- Varicela (chicken pox, en inglés)
- Herpes zóster (culebrilla o shingles, en inglés)

¹ La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio exige que las coberturas médicas sin derechos adquiridos incluyan servicios preventivos sin costo para los asegurados, siempre y cuando los reciban de prestadores de servicios médicos de la red. Si usted cuenta con una cobertura con derechos adquiridos, es posible que tenga que pagar el costo total o parcial de la atención preventiva que reciba. Llame a Servicio al Cliente al número en su tarjeta de asegurado para informarse si su cobertura tiene derechos adquiridos.



Línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline

Enfermeros disponibles en cualquier momento que los necesite.

La salud es un estado, bueno o malo, que puede requerir atención las 24 horas del día, los siete días de la semana. Es por eso que tenemos enfermeros profesionales que esperan, en cualquier momento, el llamado que usted haga a la línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline.

Nuestros enfermeros pueden responder a sus preguntas de salud y tratar de ayudarlo a decidir si debe acudir a la sala de emergencias o a un centro de atención médica inmediata, o bien, programar una cita con su médico. También puede llamar a la línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline en cualquier momento que usted o algún familiar asegurado necesite obtener respuestas a preguntas sobre lo siguiente:

- asma;
- fiebre alta;
- mareos o dolores fuertes de cabeza;
- dolor de garganta;
- cortes o quemaduras;
- diabetes;
- dolor de espalda;
- llanto continuo de un bebé;
- y mucho más.

Además, cuando llama, puede obtener acceso a una biblioteca de audio de más de 1,000 temas de salud, desde alergias hasta cirugías, con más de 500 temas disponibles en español.

Por ello, guarde en sus contactos el número de teléfono de la línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline, ya que la salud puede requerir atención las 24 horas del día, los siete días de la semana.



Llame al número de la línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline en su tarjeta de asegurado. Horario de atención: En cualquier momento





Su médico está en...Provider Finder®

Dedique menos tiempo buscando un médico y más tiempo disfrutando de la vida.

El directorio en línea Provider Finder de Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) es un recurso rápido y fácil de usar para buscar a su próximo profesional médico. Además, puede ayudarlo a administrar sus gastos de atención médica.

Ingrese en espanol.bcbstx.com e inicie sesión o cree una cuenta en Blue Access for MembersSM (BAMSM), luego haga clic en la pestaña "Médicos y hospitales" (*Doctors and Hospitals*) de Provider Finder. Allí podrá hacer todo lo siguiente:

- buscar prestadores de servicios médicos de la red, hospitales, laboratorios, entre otros;
- hacer una búsqueda por especialidad, código postal, idioma en el que pueden atender, sexo, entre otros;
- revisar las certificaciones y reconocimientos clínicos;
- calcular los gastos de bolsillo de más de 1,600 procedimientos, tratamientos y pruebas de atención médicas*;
- consultar los premios de calidad, como las distinciones a centros Blue Distinction® Center (centros BDC), centros BDG+ o a profesionales Total Care para para tomar decisiones informadas;
- ver en paralelo las calificaciones de calidad y las evaluaciones de pacientes acerca de profesionales y centros.*



BCBSTX en su dispositivo móvil

Visite espanol.bcbstx.com e inicie sesión o cree su cuenta en BAM. Puede darle seguimiento a sus reclamaciones y tener a la mano su tarjeta de asegurado y los detalles de la cobertura. Además, a través de los mensajes de texto del 33633, recibirá recordatorios para volver a surtir sus medicamentos con receta y consejos de salud.

*Disponible en la mayoría de las redes y coberturas.

Blue Access for MembersSM

Atención médica en la palma de su mano



Aproveche al máximo los servicios incluidos en su cobertura médica de Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) a través de Blue Access for Members (BAMSM). Usted y todos los derechohabientes con cobertura que sean mayores de 18 años pueden crear una cuenta BAM.

Blue Access for Members le permite hacer lo siguiente:

- hacer una búsqueda de prestadores de servicios médicos, hospitales o farmacias en nuestro directorio en línea Provider Finder[®];
- solicitar o imprimir una tarjeta de asegurado;
- consultar el estado de sus reclamaciones o ver el historial completo;
- ver o imprimir las Explicaciones de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB, en inglés);
- saber el costo de cientos de pruebas, tratamientos y procedimientos al usar nuestra calculadora de costos;
- descargar nuestra aplicación;
- inscribirse para recibir notificaciones por mensaje de texto o correo electrónico.

Comenzar es fácil

- 1 Visite espanol.bcbstx.com/member.
- 2 Haga clic en “Conéctese a mi cuenta”.
- 3 Use la información en su tarjeta de asegurado de BCBSTX para inscribirse.

También puede enviar [BCBSTXAPP](#) por mensaje de texto* al [33633](#) para descargar la aplicación BCBSTX que le permite conectarse a BAM, a cualquier hora y en cualquier lugar.

* Podrían aplicarse cobros por mensajería de texto y transmisión de datos.



BlueCross BlueShield of Texas



BlueCross BlueShield of Texas

¡Descargue la aplicación **BCBSTX!**



Manténgase conectado con Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) y obtenga acceso a información importante sobre sus beneficios de salud, dondequiera que esté.

- Busque médicos, hospitales o centros de atención médica urgente/inmediata que formen parte de la red
- Acceda a sus reclamaciones, información de cobertura y deducible
- Vea y envíe su tarjeta de asegurado por correo electrónico
- Inicie sesión de manera segura con su huella digital
- Consulte Cuentas de reembolso y de ahorros de gastos médicos (HCA) y (HSA)
- Descargue y comparta su Explicación de Beneficios*
- Obtenga notificaciones automáticas (Push) y acceso al Centro de mensajes*

Envíe un mensaje con la palabra**
BCBSTXAPP al **33633** para
obtener la aplicación.

*Actualmente solo disponible en iPhone®. iPhone es una marca registrada de Apple, Inc.
** Puede haber tarifas aplicables por mensajería de texto y datos.



Disponible en inglés



espanol.bcbstx.com/mobile

Bienestar en la palma de su mano, con la aplicación móvil de Well onTarget

Participe en actividades de salud y bienestar, bajo sus propias condiciones y en el momento y lugar que le sean más convenientes. Con la aplicación AlwaysOn[®] Wellness de Well onTarget es fácil incorporar actividades de bienestar a su horario.

En nuestra sociedad actual cada vez se usa más la tecnología móvil. Por eso desarrollamos la aplicación móvil de Well onTarget. Con esta aplicación, compatible con teléfonos inteligentes iPhone[®] y Android[™], puede conectarse regularmente con su programa de bienestar, trabajar en sus metas de salud y bienestar, y mantenerse inspirado, a cualquier hora y en cualquier lugar.

FUNCIONES PARA AYUDARLE A CUMPLIR SUS METAS

La aplicación ofrece una variedad de funciones intuitivas y fáciles de usar que le permiten:

- responder la evaluación de salud*;
- establecer metas de salud y bienestar personales, y darle seguimiento a su progreso;
- ver su saldo de puntos Blue Points^{SM**};
- mantenerse al tanto de información sincronizada proveniente de más de 80 dispositivos y aplicaciones de acondicionamiento físico.

INTEGRACIÓN TOTAL CON EL PORTAL

Todos los asegurados que participen en Well onTarget tienen acceso a la aplicación móvil. Para comenzar, solo siga estos pasos:

1. Si no se ha inscrito en el portal Well onTarget, visite wellontarget.com e inscríbese.
2. Descargue la aplicación AlwaysOn Wellness de Well onTarget en la tienda de Apple o Google.
3. Abra la aplicación y haga clic en “Registro de nuevo usuario”.
4. Siga las indicaciones para verificar su información de asegurado.

La aplicación está completamente integrada al portal de Well onTarget. Además, sincroniza automáticamente su actividad de Well onTarget.

¿Tiene preguntas acerca de la aplicación o del programa Well onTarget? Llame a Servicio al Cliente al 877-806-9380.

Si está tratando de bajar sus niveles de colesterol, manejar el estrés, incluir más ejercicio a su rutina diaria o encontrar otras formas de alcanzar sus metas de bienestar, la aplicación móvil de Well onTarget puede ayudarlo.

* Well onTarget es un programa de bienestar voluntario disponible para todos los empleados. No necesita completar la evaluación de salud para participar en el programa.

** Las Reglas del programa Blue Points están sujetas a cambios sin previo aviso. Para obtener más información, consulte las Reglas del programa en el portal Well OnTarget en wellontarget.com. El asegurado se compromete a cumplir con todas las leyes federales, estatales y locales vigentes, incluidas las declaraciones y el pago de todos los impuestos relacionados con la recepción de cualquier recompensa.



Blue365[®]

Un programa de descuentos
para usted



Blue365 es una ventaja más que tiene por ser asegurado de Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX). Con este programa, puede ahorrar dinero en productos y servicios de salud y bienestar, de los principales locales comerciales, que no están incluidos en la cobertura. No tiene que presentar reclamaciones, referidos ni autorizaciones previas.

Una vez que se registre en Blue365, en blue365deals.com/bcbstx, le enviaremos por correo electrónico las ofertas destacadas de la semana. Estas ofertas ofrecen ahorros especiales por un período limitado.

Las siguientes son algunas de las ofertas a las que puede acceder a través de Blue365.

EyeMed | Davis Vision

Puede ahorrar en exámenes para la vista, anteojos, lentes de contacto y accesorios. Tiene acceso a locales comerciales nacionales y regionales, y a oculistas en su área. También podría obtener descuentos en corrección de la vista con láser.

TruHearing[®] | Beltone[™] | American Hearing Benefits

Podría obtener descuentos en pruebas de audición, evaluaciones y audífonos. Los descuentos también podrían estar disponibles para sus familiares directos.

Dental SolutionsSM

Podría obtener descuentos en servicios dentales de Dental Solutions. Podría recibir una tarjeta de descuentos dentales que ofrece descuentos de hasta el 50% en más de 70,000 dentistas y más de 254,000 ubicaciones.*

Jenny Craig[®] | Sun Basket | Nutrisystem[®]

Alcance sus objetivos de pérdida de peso con descuentos en los principales programas. Puede ahorrar en comidas, tarifas de inscripción (cuando corresponda), y productos y servicios nutricionales.

Consulte todas las ofertas de Blue365 y obtenga más información en blue365deals.com/bcbstx.



Fitbit®

Puede personalizar su rutina de ejercicios con la línea de rastreadores y relojes inteligentes de Fitbit que se adaptan fácilmente a su estilo de vida, presupuesto y objetivos. Obtendrá un 20% de descuento en dispositivos de Fitbit, más envío gratis.

Reebok | SKECHERS®

Reebok, una marca confiable que tiene más de 100 años, confecciona equipos deportivos superiores para todas las personas, desde atletas profesionales hasta niños aficionados al fútbol. Obtenga el 20% de descuento en modelos seleccionados. SKECHERS, un premiado líder de la industria del calzado, ofrece precios exclusivos en diseños seleccionados para hombres y mujeres. Puede obtener hasta el 30% de descuento, más envío gratis para los pedidos en línea.

InVite® Health

InVite Health ofrece vitaminas y suplementos de calidad, recursos educativos y un equipo de expertos en asuntos de salud para ayudarlo a seleccionar el producto adecuado al mejor precio. Reciba un 50% de descuento del precio al detalle en vitaminas y suplementos sin organismos genéticamente manipulados (non-GMO, en inglés) y con una compra de \$25 recibirá gratis un abrillantador de dientes Midnight Bright Black Coconut Charcoal Tooth Polish.

Livekick

Livekick es el futuro del acondicionamiento físico privado. Elija entre adiestramiento físico o yoga por video en directo con un entrenador privado. Póngase en forma y siéntase más saludable con sesiones de 30 minutos de actividad continua que puede realizar desde su hogar, gimnasio, u hotel si está de viaje. Puede recibir una prueba de dos semanas sin costo y un 20% de descuento en un plan mensual para cualquier Adiestramiento físico personal en línea directo.



eMindful

Obtenga un 25% de descuento en cualquiera de los cursos transmitidos en vivo o grabados de eMindful. Lleve una vida más consciente, que incluya reducir el estrés, comer con conciencia, manejar el dolor crónico, practicar yoga y qigong, y más.

Para obtener más ofertas increíbles o averiguar más sobre Blue365, visite blue365deals.com/bcbstx.

La relación entre estos proveedores y Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) es la de contratistas independientes. BCBSTX no avala ninguna de las afirmaciones o garantías con respecto a ningún producto o servicio ofrecido por los proveedores anteriormente mencionados.

* Dental Solutions requiere una tarifa de inscripción de \$9.95 y una tarifa mensual de \$6.

Blue365 es un programa de descuentos solo para asegurados de BCBSTX. Este programa NO es un seguro. Algunos de los servicios que se ofrecen por medio de este programa podrían estar incluidos en su cobertura médica. Si desea obtener detalles específicos sobre los beneficios, consulte el certificado de beneficios y servicios médicos o llame a Servicio al Cliente al número en su tarjeta de asegurado. El uso de Blue365 no cambia los pagos mensuales, ni los costos de los servicios o los productos cuentan en favor de ningún máximo o deducibles de la cobertura. Los descuentos solo se otorgan por medio de proveedores que participan en este programa y están sujetos a cambios. BCBSTX no garantiza ni avala ninguna de las afirmaciones o recomendaciones sobre los servicios o productos del programa. Los asegurados deben consultar al médico antes de usar estos servicios y productos. BCBSTX se reserva el derecho de suspender o cambiar este programa en cualquier momento sin previo aviso.

Cuenta de Ahorros Flexible (FSA) -

Una cuenta de gastos flexibles, o FSA, le permite reservar dinero antes de impuestos de sus cheques de pago para gastar en gastos de salud de bolsillo (es decir, copagos, deducibles, artículos de venta libre, etc.). El dinero que ingresa a una FSA es antes de impuestos, por lo que al anticipar la atención médica de su familia y los costos de atención de dependientes para el próximo año, en realidad puede reducir sus ingresos imponibles.

Reembolso de atención médica FSA

Este programa permite a los empleados paguen ciertos gastos de atención médica aprobados por el IRS que no están cubiertos por su plan de seguro en dólares antes de impuestos. El monto máximo anual que puede contribuir a la FSA de reembolso de atención médica es de \$ 1,200. Algunos ejemplos incluyen:

- Copagos de deducibles, recetas y visitas al médico
- Medicamentos de venta libre con receta
- Servicios de la vista, incluida la cirugía ocular Lasik, lentes y lentes de ontactos
- Servicios de audición, incluidos audífonos y baterías.
- Ortodoncia, deducibles dentales y coseguros
- Acupuntura

Consejos inteligentes de la FSA

Cubra cualquier gasto médico significativo a principios de año utilizando su FSA. Pasará el resto del año pagándose con las deducciones regulares de la nómina.

Guarde sus recibos como comprobante de compra para que se le reembolsen los gastos de atención médica de su FSA. Por lo tanto, si realiza compras que son elegibles para reembolso, querrá mantenerlas separadas de otros artículos.

Aproveche los ahorros antes de impuestos y use sus dólares FSA. Recuerde, el dinero no utilizado en una FSA al final del año se pierde

Flexible Spending Account — Real Savings. Real Simple.



Using a Flexible Spending Account (FSA) is a great way to stretch your benefit dollars. You use before-tax dollars in your FSA to reimburse yourself for eligible out-of-pocket medical and dependent care expenses. That means you can enjoy tax savings and increased take-home pay—all with the convenience of a prepaid Card.

WHAT IS AN FSA?

With an FSA, you elect to have your annual contribution deducted from your paycheck each pay period, in equal installments throughout the year, until you reach the yearly maximum you have specified. The amount of your pay that goes into an FSA will not count as taxable income, so you will have immediate tax savings. FSA dollars can be used during the plan year to pay for qualified expenses and services.

- **Enjoy significant tax savings** with pre-tax deductible contributions and tax-free reimbursements for qualified plan expenses
- **Quickly and easily access funds** using the prepaid Card at point of sale
- **Reduce filing hassles and paperwork** by using your prepaid Card
- **Enjoy secure access** to accounts using a convenient website available 24/7/365

WITH AN FSA YOU CAN:

An FSA is a great way to pay for expenses with pre-tax dollars. With all FSA account types, you'll receive access to a secure, easy-to-use website where you can track your account balance, view your claim history and track claim payments.

In addition, you'll receive a convenient Card to make it easy to pay for eligible services and products not covered by your health insurance. When you use your card, payments are automatically withdrawn from your account. Just swipe and go. It's that easy. **Save your receipts!** Most expenses can be validated through the card transaction but you may be prompted to provide a copy of the receipt for certain transactions in accordance to IRS regulations.

- A Healthcare FSA allows reimbursement of qualifying out-of-pocket medical expenses.

IS AN FSA RIGHT FOR ME?

An FSA is a great way to pay for expenses with pre-tax dollars.

A Healthcare FSA could save you money if you or your dependents:

- Have out-of-pocket expenses like co-pays, coinsurance, or deductibles for health, prescription, dental or vision plans
- Have a health condition that requires the purchase of prescription medications on an ongoing basis
- Wear glasses or contact lenses or are planning LASIK surgery
- Need orthodontia care, such as braces, or have dental expenses not covered by your insurance

PLAN AHEAD

Before you enroll, you must first decide how much you want to contribute to your account. You will want to spend some time estimating your anticipated eligible medical care expenses for the 2020 calendar year or your 12 month plan year.

Be sure to estimate your healthcare expenses carefully as money left unspent in your Healthcare FSA at the end of the year will be forfeited if you are not able to spend it within the plan year.

*The amount you save in taxes with a Flexible Spending Account will vary depending on the amount you set aside in the account; your annual earnings; whether or not you pay Social Security taxes; the number of exemptions and deductions you claim on your tax return; your tax bracket and your state and local tax regulations. Check with your tax advisor for information on how participation will affect your tax savings.



Powered by **WEX Health**
Cloud

Know Your Health Care FSA Eligible and Ineligible Expenses

Maximize the Value of Your Reimbursement Account - Your Health Care Flexible Spending Account (FSA) dollars can be used for a variety of out-of-pocket health care expenses that qualify as federal income tax deductions under Section 213(d) of the Internal Revenue Code (“IRC”). Health Care FSA dollars can be used to reimburse you for medical and dental expenses incurred by you, your spouse or eligible dependents.

IMPORTANT: Not all expenses are eligible under all plans. An employer may limit which expenses are allowable under their Health Care FSA. If you are unsure of what your Health Care FSA dollars may be used for, please contact your Plan Administrator. The following is a list of expenses currently eligible and not eligible by the Internal Revenue Service (“IRS”) as deductible medical expenses. This list is not necessarily inclusive or exclusive, and may be subject to change based on regulations, IRS revenue rulings and case law. It is solely based on our current interpretation of IRC Section 213(d) and is not intended to be legal advice.

Eligible Expenses		
<p>BABY/CHILD TO AGE 13</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Lactation Consultant* ■ Lead-Based Paint Removal ■ Special Formula* ■ Tuition: Special School/Teacher for Disability or Learning Disability* ■ Well Baby /Well Child Care <p>DENTAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Dental X-Rays ■ Dentures and Bridges ■ Exams and Teeth Cleaning ■ Extractions and Fillings ■ Oral Surgery ■ Orthodontia ■ Periodontal Services <p>EYES</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Eye Exams ■ Eyeglasses and Contact Lenses ■ Laser Eye Surgeries ■ Prescription Sunglasses ■ Radial Keratotomy <p>HEARING</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hearing Aids and Batteries ■ Hearing Exams <p>LAB EXAMS/TESTS</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Blood Tests and Metabolism Tests ■ Body Scans ■ Cardiograms ■ Laboratory Fees ■ X-Rays 	<p>MEDICAL EQUIPMENT/SUPPLIES</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Air Purification Equipment* ■ Arches and Orthotic Inserts ■ Contraceptive Devices ■ Crutches, Walkers, Wheel Chairs ■ Exercise Equipment* ■ Hospital Beds* ■ Mattresses* ■ Medic Alert Bracelet or Necklace ■ Nebulizers ■ Orthopedic Shoes* ■ Oxygen* ■ Post-Mastectomy Clothing ■ Prosthetics ■ Syringes ■ Wigs* <p>MEDICAL PROCEDURES/SERVICES</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Acupuncture ■ Alcohol and Drug/Substance Abuse (inpatient treatment and outpatient care) ■ Ambulance ■ Fertility Enhancement and Treatment ■ Hair Loss Treatment* ■ Hospital Services ■ Immunization ■ In Vitro Fertilization ■ Physical Examination (not employment-related) ■ Reconstructive Surgery (due to a congenital defect, accident, or medical treatment) ■ Service Animals ■ Sterilization/Sterilization Reversal ■ Transplants (including organ donor) ■ Transportation* 	<p>MEDICATIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Insulin ■ Prescription Drugs <p>OBSTETRICS</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Breast Pumps and Lactation Supplies ■ Doulas* ■ Lamaze Class ■ OB/GYN Exams ■ OB/GYN Prepaid Maternity Fees (reimbursable after date of birth) ■ Pre- and Postnatal Treatments <p>PRACTITIONERS</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Allergist ■ Chiropractor ■ Christian Science Practitioner ■ Dermatologist ■ Homeopath ■ Naturopath* ■ Optometrist ■ Osteopath ■ Physician ■ Psychiatrist or Psychologist <p>THERAPY</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Alcohol and Drug Addiction ■ Counseling (not marital or career) ■ Exercise Programs* ■ Hypnosis ■ Massage* ■ Occupational ■ Physical ■ Smoking Cessation Programs* ■ Speech ■ Weight Loss Programs*

Note: This list is not meant to be all-inclusive, as other expenses not specifically mentioned may also qualify. Also, expenses marked with an asterisk (*) are “potentially eligible expenses” that require a Note of Medical Necessity from your health care provider to qualify for reimbursement. For additional information, check your Summary Plan Document or contact your Plan Administrator.

Please Note: Currently, the IRS does NOT allow the following expenses to be reimbursed under Health Care FSAs, as they are not prescribed by a physician for a specific ailment.

Ineligible Expenses

- Contact Lens or Eyeglass Insurance
- Cosmetic Surgery/Procedures
- Electrolysis
- Marriage or Career Counseling
- Swimming Lessons
- Personal Trainers
- Sunscreen (spf less than 30)

Note: This list is not meant to be all-inclusive.

Please Note: Currently, the IRS does not allow Over-the-Counter (OTC) medicines or drugs to be purchased with Health Care FSA funds unless accompanied by a prescription and the prescription is filled by a pharmacist. If you have an OTC prescription, you can use your benefits card for these purchases.

Ineligible Over-the-Counter Medicines and Drugs (unless prescribed in accordance with state laws)

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Acid controllers ■ Acne medications ■ Allergy & sinus ■ Antibiotic products ■ Antifungal (Foot) ■ Antiparasitic treatments ■ Antiseptics & wound cleansers ■ Anti-diarrheals ■ Anti-gas ■ Anti-itch & insect bite ■ Baby rash ointments & creams ■ Baby teething pain ■ Cold sore remedies ■ Contraceptives | <ul style="list-style-type: none"> ■ Cough, cold & flu ■ Denture pain relief ■ Digestive aids ■ Ear care ■ Eye care ■ Feminine antifungal & anti-itch ■ Fiber laxatives (bulk forming) ■ First aid burn remedies ■ Foot care treatment ■ Hemorrhoidal preps ■ Homeopathic remedies ■ Incontinence protection & treatment products | <ul style="list-style-type: none"> ■ Laxatives (non-fiber) ■ Medicated nasal sprays, drops, & inhalers ■ Medicated respiratory treatments & vapor products ■ Motion sickness ■ Oral remedies or treatments ■ Pain relief (includes aspirin) ■ Skin treatments ■ Sleep aids & sedatives ■ Smoking deterrents ■ Stomach remedies ■ Unmedicated vapor products |
|--|---|--|

•As of January 1, 2011 eligible over-the-counter (OTC) products that are medicines or drugs (e.g., acne treatments, allergy and cold medicines, antacids, etc.) will **only** be eligible for reimbursement from your Health Care FSA with a physician's prescription that includes his or her address and license number, as stated in [IRS Notice 2010-59](#). The only exception is insulin - which will not require a prescription.

OTC items that are not medicines or drugs remain eligible for purchase with FSAs. You can use your FSA card for these items.

Eligible Over-the-Counter Items (Product categories are listed in bold face; common examples are listed in regular face.)

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Baby Electrolytes and Dehydration
Pedialyte, Enfalyte ■ Contraceptives
Unmedicated condoms ■ Denture Adhesives, Repair, and Cleansers
PoliGrip, Benzodent, Plate Weld, Efferdent ■ Diabetes Testing and Aids
Ascencia, One Touch, Diabetic Tussin, insulin syringes; glucose products ■ Diagnostic Products
Thermometers, blood pressure monitors, cholesterol testing ■ Ear Care
Unmedicated ear drops, syringes, ear wax removal | <ul style="list-style-type: none"> ■ Elastics/Athletic Treatments
ACE, Futuro, elastic bandages, braces, hot/cold therapy, orthopedic supports, rib belts ■ Eye Care
Contact lens care ■ Family Planning
Pregnancy and ovulation kits ■ First Aid Dressings and Supplies
Band Aid, 3M Nexcare, non-sport tapes ■ Foot Care Treatment
Unmedicated corn and callus treatments (e.g., callus cushions), devices, therapeutic insoles ■ Glucosamine &/or Chondroitin
Osteo-Bi-Flex, Cosamin D, Flex-a-min Nutritional Supplements ■ Hearing Aid/Medical Batteries | <ul style="list-style-type: none"> ■ Home Health Care (limited segments)
Ostomy, walking aids, decubitis/pressure relief, enteral/parenteral feeding supplies, patient lifting aids, orthopedic braces/supports, splints & casts, hydrocollators, nebulizers, electrotherapy products, catheters, unmedicated wound care, wheel chairs ■ Incontinence Products
Attends, Depend, GoodNites for juvenile incontinence, Prevail ■ Nasal Care
Saline Nasal Spray ■ Prenatal Vitamins
Stuart Prenatal, Nature's Bounty Prenatal Vitamins ■ Reading Glasses and Maintenance Accessories |
|---|---|---|

For additional information, please contact your Plan Administrator and/or tax advisor.

INTERNET FEATURES

Login – Go to <http://www.premierpensionsolutions.com>. Click on “Account Login” at the top right hand corner. Your User I.D. is your social security number (with no dashes). Your default password is the last four digits of your social security number. For security reasons, you will want to change your password once you login for the first time. You will have internet access as soon as we are able to gather and enter all the information related to your Cafeteria Plan.

Summary - Once you login, a Participant Summary Page will be displayed showing personal information and account balances by benefit in the “Summary” tab. This summary will show you your annual election amount (declared amount), the available balance to claim for the remainder of the year, year-to-date contributions, year-to-date claims submitted, year-to-date claims pending, and year-to-date claims paid.

Password Change and Personal Info - You will be able to change your password and personal information by clicking on the gear icon at the top right hand corner.

Forms and Reports - You will be able to view and print forms and request reports in the “Forms & Reports” tab. Various educational articles will be posted in this area. Forms will be added as necessary. You can always contact your administrator as well.

Claims History – You will be able to view claims made on your account by plan year or for a specified period of time in the “Claims” tab. If your plan allows, you will also be able to enter claims under “Claim Entry”.

Payments – You will be able to view payment history on your account by date range.

Premier Pension Solutions, LLC - This link will take you back to our home website – <http://www.premierpensionsolutions.com>. Contact info if you need further assistance is (254)741-9434 or (866)342-9434.

Claims Administrator: Mark Crews – mcrews@premierpensionsolutions.com

Manager: Shelly Rhynes – srhynes@premierpensionsolutions.com

Partner In Charge – Patrick Rhynes – prhynes@premierpensionsolutions.com



Plan Básico (Low): Resumen del plan dental

Fecha de entrada en vigencia: 1 de octubre de 2020

Beneficios del plan	
Procedimientos Tipo 1	100%
Procedimientos Tipo 2	80%
Deducible	\$50/año del plan Tipo 2 Tipo 1 exento
Máximo (por persona)	3 Máximo por familia
Dental Rewards® (Recompensas dentales)	\$1,000 por año del plan
Provisión	Incluidas
Periodo de espera	Tarifa con descuento Ninguno

Listado muestra de procedimientos (Current Dental Terminology © Asociación Dental Americana)

Procedimientos Tipo 1	Procedimientos Tipo 2
<ul style="list-style-type: none"> Examen de rutina (2 por periodo de beneficios) Radiografías de aletas de mordida (1 por periodo de beneficios) Radiografías de toda la boca/panorámicas (1 en 5 años) Radiografías periapicales Limpiezas (2 por periodo de beneficios) Aplicación de flúor en niños de 14 años de edad o menores (1 por periodo de beneficios) Sellantes (14 años de edad y menores) Mantenedores de espacio Examen de prediagnóstico (35 años de edad o mayores) (1 en 2 años) 	<ul style="list-style-type: none"> Amalgamas Composite a base resina (diente anterior y posterior) Extracciones simples

Tarifas Mensuales

Empleado únicamente	\$12.48
Empleado + Cónyuge	\$22.52
Empleado + hijos	\$34.68
Empleado + Cónyuge e hijos	\$47.72

Información de Ameritas

Estamos para ayudarlo

Este plan fue diseñado específicamente para los empleados de City of Mission. En Ameritas Group, no sólo brindamos cobertura: nos aseguramos que siempre tenga a su disposición una voz amable que le explique sus beneficios, atienda sus dudas y responda a sus preguntas. Nuestros asociados del departamento de atención al cliente le asistirán con gusto de lunes a jueves entre 7 a.m. y la medianoche (Hora del Centro) y los viernes de 7 a.m. a 6:30 p.m. Se puede comunicar con ellos a la línea gratuita: 800-487-5553. Para obtener más información en cualquier momento acerca del plan, acceda a nuestro sistema automatizado de respuesta de voz o visítenos en la página de Internet ameritas.com

Medición de la Salud Dental (Dental Health Scorecard)

¿Cómo evalúa su salud dental?

A partir de 2016, usted puede recibir un Reporte de Salud Dental a través de su cuenta segura por Internet. Su evaluación se basa en los reclamos que ha enviado. El reporte también ofrece sugerencias para mejorar su salud dental. Los miembros de los planes de Ameritas pueden tener acceso a un reporte personalizado por medio de la página de Internet ameritas.com. Haga clic en "Account Access" (Acceso a la Cuenta) en la parte superior derecha y elija la opción "Dental/Vision/Hearing". Seleccione el enlace "Secure Member Account" (Cuenta Segura para Miembros) e ingrese a su cuenta para ver su reporte.

Ahorros en medicamentos recetados

Nuestros miembros y sus dependientes con cobertura pueden ahorrar en medicamentos recetados en más de 60,000 farmacias en todo el país, entre las que se encuentran CVS, Walgreens, Rite Aid y Walmart. Este descuento se ofrece sin costo adicional y no es un seguro.

Para recibir este descuento en recetas los miembros únicamente tienen que visitar nuestra página de Internet ameritas.com e ingresar (o crear) una cuenta segura, por medio de la cual podrán tener acceso e imprimir una tarjeta de identificación de ahorros para recibir los descuentos.

Ahorros en armazones y lentes

Los miembros de los planes de Ameritas pueden ahorrar hasta un 10% en armazones y lentes adquiridos en cualquier Walmart Vision Center a nivel nacional. Los miembros pueden traer su receta de visión actual de otro proveedor de atención oftalmológica y comprar anteojos en Walmart. Este acuerdo especial de ahorro no es un seguro: está disponible sin ningún cargo adicional a su prima.

Para recibir su tarjeta de identificación de ahorro, visite ameritas.com e inicie una sesión con (o cree) su cuenta de miembro segura. Será necesario que los miembros presenten su tarjeta de ahorros de Ameritas para armazones y lentes al momento de la compra para recibir los descuentos.

Información acerca de la red de proveedores dentales

Para encontrar a un proveedor, visite la página de Internet ameritas.com y seleccione «**FIND A PROVIDER**», y después «**DENTAL**». Ingrese su criterio de selección y elija buscar según su ubicación o buscar a un dentista o clínica específico. Residentes de California: Cuando se le pida seleccionar una red, elija la red de Ameritas que aparece en la parte trasera de su tarjeta de identificación o llame a nuestro departamento de atención al cliente al teléfono 800-487-5553.

Previo al tratamiento

Aunque no exigimos que complete un formulario de autorización previo al tratamiento para ningún procedimiento, le recomendamos que sí lo haga para los trabajos dentales que considere costosos. Como consumidor inteligente, es bueno que conozca anticipadamente su contribución en los costos. Sólo pídale a su dentista que presente la información para un presupuesto previo al tratamiento ante nuestro departamento de atención al cliente. Le informaremos tanto a usted como a su dentista la suma exacta que cubrirá su seguro y la cifra que usted deberá pagar. De este modo, no habrá sorpresas una vez que el trabajo sea realizado.

Inscripciones Abiertas

Si el miembro del plan no opta por participar cuando se le informa que cumple con los requisitos (periodo inicial), éste puede elegir participar en el próximo periodo de inscripción del titular de la póliza. Dicho periodo de inscripción será llevado a cabo cada año y aquellos que elijan participar en esta póliza durante ese periodo, su seguro entrará en vigor a partir del 1 de octubre. Si no se inscribe durante el periodo tardío abierta de su empresa entonces estará sujeto a las disposiciones de participante tardío.

Dental Rewards® (recompensas dentales)

Este plan dental incluye una valiosa característica que les permite a los miembros que califiquen al plan transferir una porción del beneficio anual máximo que no haya sido usado. Un miembro obtiene recompensas dentales si presenta por lo menos un reclamo por gastos dentales durante el año de beneficio, pero sin exceder el rango de beneficios recibidos durante ese año. Los empleados y sus dependientes cubiertos pueden acumular recompensas hasta el monto máximo anual de transferencias establecido, y luego utilizar esas recompensas para cualquier procedimiento dental cubierto, sujeto a coaseguro o provisiones del plan aplicables. Si un miembro del plan no presenta un reclamo dental durante un año de beneficio, pierde todas las recompensas acumuladas. Sin embargo, podrá ganar recompensas nuevamente el año siguiente.

Umbral de beneficios	\$500	Los beneficios dentales anuales recibidos no pueden exceder esta suma
Monto de transferencia anual	\$250	El monto de recompensas dentales se agrega al máximo del año siguiente
Transferencia máxima	\$1,000	Acumulado máximo posible para recompensas dentales

Presupuesto Automático de Servicios Dentales (Dental Cost Estimator)

¿Alguna vez se ha preguntado cuánto cuesta un procedimiento dental? La respuesta a esa pregunta puede encontrarse al usar la herramienta del Presupuesto Automático de Servicios Dentales (Dental Cost Estimator) de Ameritas ubicada en nuestro portal Secure Member Account (cuenta segura para miembros).

Los miembros del plan pueden buscar por código postal para un procedimiento dental específico y ver el estimado de rango de precios para dentistas generales que no pertenezcan a nuestra red y ubicados en esa área. Por supuesto, siempre les sugerimos a nuestros miembros que platicuen con sus dentistas, y sepan lo que implica cualquier plan de tratamiento recomendado.

Esta herramienta funciona a través de G2Dental y utiliza información de FAIR Health actualizada cada año. Tome en cuenta que los presupuestos no reflejan las tarifas con descuento que están disponibles con nuestras redes de proveedores, y que hasta el momento no incluyen estimados en ortodoncia.

Además, cuando los miembros del plan están registrados en su cuenta segura, ellos pueden:

- Minimizar el uso de papel al recibir EOBs electrónicos y así evitar que sus buzones estén saturados con correo extra.
- Revisar su certificado de seguro e información específica de los beneficios del plan
- Tener acceso a servicios adicionales como la tarjeta de identificación de descuentos en recetas (Rx).

Asistencia a nivel mundial

Cuando nuestros miembros viajan fuera del país, pueden estar tranquilos sabiendo que si surge una emergencia dental o de la visión, con solo una llamada pueden obtener ayuda. A través de AXA Assistance, Ameritas ofrece a sus miembros de planes dentales o de la visión una opción disponible las 24 horas para saber cuáles son los proveedores recomendados para atención dental y de la visión cuando viajan fuera de Estados Unidos.

Inmediatamente después de que la llamada se conecta, un coordinador evalúa la situación y le proporciona una recomendación para acudir a un proveedor confiable e incluso puede ayudarlo para concertar la cita. Dentro de las 48 horas después de la cita, el coordinador se comunica con el miembro del plan para saber si es necesaria ayuda adicional. Si todo marcha bien, se cierra el caso. Posteriormente, el miembro del plan envía un reclamo a Ameritas para que se considere el reembolso con base en los beneficios del plan que así apliquen. Para comunicarse con AXA Assistance desde Estados Unidos, marque la línea gratuita 866-662-2731. Si llama desde otra parte del mundo, marque 1-312-935-3727.

Servicios de idiomas

Reconocemos la importancia de comunicarnos con el creciente número de clientes que hablan otros idiomas. Esta es la razón por la cual ofrecemos un programa de asistencia en idiomas que le permite tener acceso a: Representantes de servicio al cliente en el área de reclamos que lo atenderán completamente en español, servicios de interpretación telefónica en una amplia variedad de idiomas, versión en español de la página de Internet donde puede buscar un dentista de la red de proveedores y diferentes documentos en español como formularios de inscripción, formularios de reclamos y certificados de seguro.

Este documento contiene las características destacadas de los beneficios del plan ofrecidos por Ameritas Life Insurance Corp. y elegidos por su empleador. No es un certificado de seguros y no incluye las exclusiones ni las limitaciones. Para conocer exclusiones y limitaciones o para un listado completo de los procedimientos cubiertos, contacte a su administrador de beneficios.

Plan Superior (High): Resumen del plan dental

Fecha de entrada en vigencia: 01/10/2020

Beneficios del plan	
Procedimientos Tipo 1	100%
Procedimientos Tipo 2	80%
Tipo 3	50%
Deducible	\$50/año del plan Tipo 2 y 3 Tipo 1 exento 3 Máximo por familia \$1,500 por año del plan
Máximo (por persona)	Incluidas
Dental Rewards® (Recompensas dentales)	Costo usual y habitual (U&C)
Provisión	Ninguno
Periodo de espera	

Resumen de ortodoncia (Cobertura de adultos y niños)

Provisión	Costo usual y habitual (U&C)
Beneficios del plan	50%
Máximo de por vida (por persona)	\$2,000
Periodo de espera	Ninguno

Listado muestra de procedimientos (Current Dental Terminology © Asociación Dental Americana)

Procedimientos Tipo 1	Procedimientos Tipo 2	Tipo 3
<ul style="list-style-type: none"> Examen de rutina (2 por periodo de beneficios) Radiografías de aletas de mordida (1 por periodo de beneficios) Radiografías de toda la boca/panorámicas (1 en 3 años) Radiografías periapicales Limpiezas (2 por periodo de beneficios) Aplicación de flúor en niños de 14 años de edad o menores (1 por periodo de beneficios) Sellantes (14 años de edad y menores) Mantenedores de espacio 	<ul style="list-style-type: none"> Amalgamas Composite a base resina (diente anterior y posterior) Endodoncia (tratamiento no quirúrgico) Endodoncia (tratamiento quirúrgico) Periodoncia (tratamiento no quirúrgico) Periodoncia (tratamiento quirúrgico) Extracciones simples Extracciones complejas Anestesia 	<ul style="list-style-type: none"> Incrustaciones con recubrimiento cuspidéo Coronas (1 en 5 años por diente) Reparación de coronas Reparación de dentaduras postizas Prostodoncia (puente fijo; dentaduras postizas completas/parciales) (1 en 5 años)

Tarifas Mensuales

Empleado únicamente	\$22.80
Empleado + Cónyuge	\$46.88
Empleado + hijos	\$66.96
Empleado + Cónyuge e hijos	\$92.88

Información de Ameritas

Estamos para ayudarlo

Este plan fue diseñado específicamente para los empleados de City of Mission. En Ameritas Group, no sólo brindamos cobertura: nos aseguramos de que siempre tenga a su disposición una voz amable que le explique sus beneficios, atienda sus dudas y responda a sus preguntas. Nuestros asociados del departamento de atención al cliente le asistirán con gusto de lunes a jueves entre 7 a.m. y la medianoche (Hora del Centro) y los viernes de 7 a.m. a 6:30 p.m. Se puede comunicar con ellos a la línea gratuita: 800-487-5553. Para obtener más información en cualquier momento acerca del plan, acceda a nuestro sistema automatizado de respuesta de voz o visítanos en la página de Internet ameritas.com

Medición de la Salud Dental (Dental Health Scorecard)

¿Cómo evalúa su salud dental?

A partir de 2016, usted puede recibir un Reporte de Salud Dental a través de su cuenta segura por Internet. Su evaluación se basa en los reclamos que ha enviado. El reporte también ofrece sugerencias para mejorar su salud dental. Los miembros de los planes de Ameritas pueden tener acceso a un reporte personalizado por medio de la página de Internet ameritas.com. Haga clic en "Account Access" (Acceso a la Cuenta) en la parte superior derecha y elija la opción "Dental/Vision/Hearing". Seleccione el enlace "Secure Member Account" (Cuenta Segura para Miembros) e ingrese a su cuenta para ver su reporte.

Ahorros en medicamentos recetados

Nuestros miembros y sus dependientes con cobertura pueden ahorrar en medicamentos recetados en más de 60,000 farmacias en todo el país, entre las que se encuentran CVS, Walgreens, Rite Aid y Walmart. Este descuento se ofrece sin costo adicional y no es un seguro.

Para recibir este descuento en recetas los miembros únicamente tienen que visitar nuestra página de Internet ameritas.com e ingresar (o crear) una cuenta segura, por medio de la cual podrán tener acceso e imprimir una tarjeta de identificación de ahorros para recibir los descuentos.

Ahorros en armazones y lentes

Los miembros de los planes de Ameritas pueden ahorrar hasta un 10% en armazones y lentes adquiridos en cualquier Walmart Vision Center a nivel nacional. Los miembros pueden traer su receta de visión actual de otro proveedor de atención oftalmológica y comprar anteojos en Walmart. Este acuerdo especial de ahorro no es un seguro: está disponible sin ningún cargo adicional a su prima.

Para recibir su tarjeta de identificación de ahorro, visite ameritas.com e inicie una sesión con (o cree) su cuenta de miembro segura. Será necesario que los miembros presenten su tarjeta de ahorros de Ameritas para armazones y lentes al momento de la compra para recibir los descuentos.

Información acerca de la red de proveedores dentales

Para encontrar a un proveedor, visite la página de Internet ameritas.com y seleccione «**FIND A PROVIDER**», y después «**DENTAL**». Ingrese su criterio de selección y elija buscar según su ubicación o buscar a un dentista o clínica específico. Residentes de California: Cuando se le pida seleccionar una red, elija la red de Ameritas que aparece en la parte trasera de su tarjeta de identificación o llame a nuestro departamento de atención al cliente al teléfono 800-487-5553.

Previo al tratamiento

Aunque no exigimos que complete un formulario de autorización previo al tratamiento para ningún procedimiento, le recomendamos que sí lo haga para los trabajos dentales que considere costosos. Como consumidor inteligente, es bueno que conozca anticipadamente su contribución en los costos. Sólo pídale a su dentista que presente la información para un presupuesto previo al tratamiento ante nuestro departamento de atención al cliente. Le informaremos tanto a usted como a su dentista la suma exacta que cubrirá su seguro y la cifra que usted deberá pagar. De este modo, no habrá sorpresas una vez que el trabajo sea realizado.

Inscripciones Abiertas

Si el miembro del plan no opta por participar cuando se le informa que cumple con los requisitos (periodo inicial), éste puede elegir participar en el próximo periodo de inscripción del titular de la póliza. Dicho periodo de inscripción será llevado a cabo cada año y aquellos que elijan participar en esta póliza durante ese periodo, su seguro entrará en vigor a partir del 1 de octubre. Si no se inscribe durante el periodo tardío abierta de su empresa entonces estará sujeto a las disposiciones de participante tardío.

Dental Rewards® (recompensas dentales)

Este plan dental incluye una valiosa característica que les permite a los miembros que califiquen al plan transferir una porción del beneficio anual máximo que no haya sido usado. Un miembro obtiene recompensas dentales si presenta por lo menos un reclamo por gastos dentales durante el año de beneficio, pero sin exceder el rango de beneficios recibidos durante ese año. Los empleados y sus dependientes cubiertos pueden acumular recompensas hasta el monto máximo anual de transferencias establecido, y luego utilizar esas recompensas para cualquier procedimiento dental cubierto, sujeto a coaseguro o provisiones del plan aplicables. Si un miembro del plan no presenta un reclamo dental durante un año de beneficio, pierde todas las recompensas acumuladas. Sin embargo podrá ganar recompensas nuevamente el año siguiente.

Umbral de beneficios	\$500	Los beneficios dentales anuales recibidos no pueden exceder esta suma
Monto de transferencia anual	\$250	El monto de recompensas dentales se agrega al máximo del año siguiente
Transferencia máxima	\$1,000	Acumulado máximo posible para recompensas dentales

Presupuesto Automático de Servicios Dentales (Dental Cost Estimator)

¿Alguna vez se ha preguntado cuánto cuesta un procedimiento dental? La respuesta a esa pregunta puede encontrarse al usar la herramienta del Presupuesto Automático de Servicios Dentales (Dental Cost Estimator) de Ameritas ubicada en nuestro portal Secure Member Account (cuenta segura para miembros).

Los miembros del plan pueden buscar por código postal para un procedimiento dental específico y ver el estimado de rango de precios para dentistas generales que no pertenezcan a nuestra red y ubicados en esa área. Por supuesto, siempre les sugerimos a nuestros miembros que platiquen con sus dentistas, y sepan lo que implica cualquier plan de tratamiento recomendado.

Esta herramienta funciona a través de G2Dental y utiliza información de FAIR Health actualizada cada año. Tome en cuenta que los presupuestos no reflejan las tarifas con descuento que están disponibles con nuestras redes de proveedores, y que hasta el momento no incluyen estimados en ortodoncia.

Además, cuando los miembros del plan están registrados en su cuenta segura, ellos pueden:

- Minimizar el uso de papel al recibir EOBs electrónicos y así evitar que sus buzones estén saturados con correo extra.
- Revisar su certificado de seguro e información específica de los beneficios del plan
- Tener acceso a servicios adicionales como la tarjeta de identificación de descuentos en recetas (Rx).

Asistencia a nivel mundial

Cuando nuestros miembros viajan fuera del país, pueden estar tranquilos sabiendo que si surge una emergencia dental o de la visión, con solo una llamada pueden obtener ayuda. A través de AXA Assistance, Ameritas ofrece a sus miembros de planes dentales o de la visión una opción disponible las 24 horas para saber cuáles son los proveedores recomendados para atención dental y de la visión cuando viajan fuera de Estados Unidos.

Inmediatamente después de que la llamada se conecta, un coordinador evalúa la situación y le proporciona una recomendación para acudir a un proveedor confiable e incluso puede ayudarlo para concertar la cita. Dentro de las 48 horas después de la cita, el coordinador se comunica con el miembro del plan para saber si es necesaria ayuda adicional. Si todo marcha bien, se cierra el caso. Posteriormente, el miembro del plan envía un reclamo a Ameritas para que se considere el reembolso con base en los beneficios del plan que así apliquen. Para comunicarse con AXA Assistance desde Estados Unidos, marque la línea gratuita 866-662-2731. Si llama desde otra parte del mundo, marque 1-312-935-3727.

Servicios de idiomas

Reconocemos la importancia de comunicarnos con el creciente número de clientes que hablan otros idiomas. Esta es la razón por la cual ofrecemos un programa de asistencia en idiomas que le permite tener acceso a: Representantes de servicio al cliente en el área de reclamos que lo atenderán completamente en español, servicios de interpretación telefónica en una amplia variedad de idiomas, versión en español de la página de Internet donde puede buscar un dentista de la red de proveedores y diferentes documentos en español como formularios de inscripción, formularios de reclamos y certificados de seguro.

Este documento contiene las características destacadas de los beneficios del plan ofrecidos por Ameritas Life Insurance Corp. y elegidos por su empleador. No es un certificado de seguros y no incluye las exclusiones ni las limitaciones. Para conocer exclusiones y limitaciones o para un listado completo de los procedimientos cubiertos, contacte a su administrador de beneficios.

Que no le duela usar sus beneficios dentales



Aquí le decimos cómo usar sus beneficios de manera íntegra y reducir sus gastos.



Acuda al dentista que usted prefiera. Su plan dental de Ameritas le permiten a usted y a su familia a visitar a cualquier dentista, independientemente si pertenece o no a la red de proveedores. Los familiares dependientes no tienen necesariamente que acudir al mismo dentista.



Ahorre dinero. Los dentistas de la red de proveedores de Ameritas han acordado cobrarle entre un 25 y 50 por ciento por debajo de lo que regularmente cobran. Muchos de ellos también ofrecen precios con descuento en servicios dentales sin cobertura, si así lo permiten las leyes estatales.



Olvídese de papeleos. Cuando visita a un dentista perteneciente a nuestra red, no es necesario llenar formularios de reclamo. Nuestros proveedores se encargan de todo. Lo único que tiene que hacer es concertar y acudir a la cita.



Conozca su cobertura. Como consumidor inteligente, es bueno que conozca anticipadamente su contribución en los costos. Para servicios que cuesten más de \$200, le recomendamos que le pida a su dentista que solicite a nuestro departamento de servicio al cliente, un presupuesto estimado previo al tratamiento. Usted recibirá una respuesta por escrito que indicará lo que Ameritas estima pagaría por su plan dental y el monto que usted sería responsable de pagar.

Verifique si su dentista pertenece a la red de proveedores. Visite nuestra página de Internet ameritas.com y haga clic en la categoría «Find a Provider» para determinar si su proveedor actual pertenece a la red de Ameritas.

Recomiende a su dentista. Es muy fácil informarnos si su dentista no pertenece a nuestra red. Simplemente vaya al sitio ameritas.com, busque la sección “nominate a provider” y llene el formulario en línea.






Red de proveedores de nivel excepcional. La red de proveedores dentales de Ameritas es **una de las cinco redes más extensas a nivel nacional**. Además, ahora puede acudir a proveedores dentales en México a través de la red AmexUS. Las tarifas con descuento y los acuerdos del plan serán respetados por proveedores en México de la red AmexUS y Ameritas procesará los reclamos.

Ameritas 
fulfilling life.

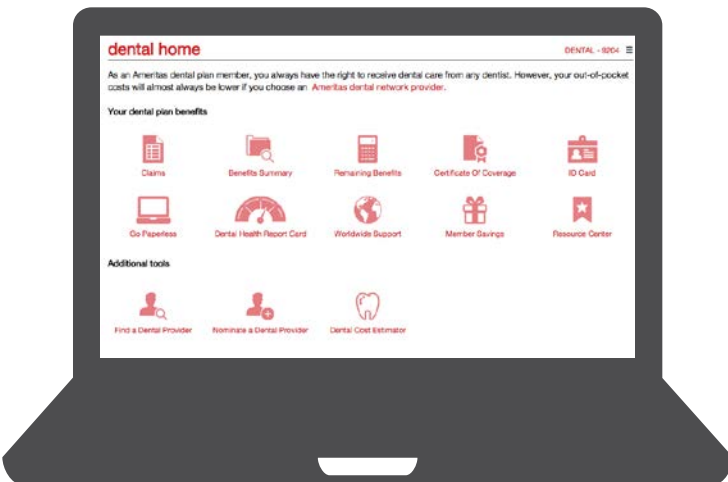
Encuentre todo lo que necesite en cualquier dispositivo digital.

Registre su cuenta segura para miembros del plan en ameritas.com.

Es un paso rápido y fácil

- Vaya a la página de Internet ameritas.com
- Haga clic en el ícono  (esquina superior derecha) y desde un dispositivo móvil haga clic en 
- Seleccione la opción “Dental/Vision/Hearing”
- Elija «*Secure Member Account*»
- En la página de ingreso «*Login*» seleccione 
- Llene el formulario de registro de nuevos usuarios

Al usar servicios en línea ayuda a minimizar el riesgo del robo de su identidad y se protege su privacidad.



Tiene acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana:

- tarjeta de identificación; para imprimir o guardar en su teléfono inteligente.
- situación del reclamo y el detalle de cómo se calcularon los beneficios y se procesaron los pagos.
- detalles del plan, tales como el máximo de beneficios, deducibles y sus beneficios restantes.
- con base en un código postal, nuestro Presupuesto Automático de Servicios Dentales (Dental Cost Estimator) determina el costo promedio de procedimientos realizados por dentistas dentro o fuera de la red.

Inscripción para recibir su explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) vía Internet.

Para recibir un correo electrónico con su EOB en lugar de documentos impresos, seleccione:



Go paperless

En comparación con documentos impresos, los documentos digitales son:



• más seguros



• más detallados



• ecológicos





• prácticos



• más rápidos

Escuche mejor con iHear®: Cuidar de su audición es algo esencial pero es un hábito que frecuentemente se desatiende. Los miembros de los planes de Ameritas y sus familiares son bienvenidos a conocer más acerca de iHear en el sitio ameritas.com/listen. Los dispositivos auditivos iHear cuestan únicamente una fracción de lo que cuestan los dispositivos auditivos convencionales. Puede ordenar en línea el examen de audición, kit de programación, dispositivos y accesorios. Esto no es un seguro.

Prescription Drug Savings Card	THIS IS NOT INSURANCE
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>Ameritas <i>fulfilling life.</i></p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>ENVISION SAVINGS</p> </div> </div> <p>Member Name: _____</p> <p>RxBin # 017529 Group # AMERITAS Member ID # AMER2233 PCN: AMRX</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">This is not insurance Administered by EnvisionSavings</p>	<p>Certain terms and conditions apply. View terms and conditions at ameritas.com/rxterms. Void where prohibited. Discounts available only at participating pharmacies. Process all prescriptions electronically.</p> <p>For prescription discount drug pricing please visit ameritas.com/rxpricing.</p> <p>Discounts available at over 60,000 pharmacies across the nation. To find a pharmacy visit ameritas.com/rxpharmacy.</p> <p>Pharmacy and member help desk 1-877-684-0032</p> <p style="text-align: center;">This is a FREE card and may not be sold.</p>

Ahorre más con Ameritas

Ahorros en medicamentos recetados. Los miembros de nuestros planes y sus dependientes con cobertura pueden ahorrar en medicamentos recetados en **más de 60,000 farmacias del país**, entre las cuales se encuentran CVS, Walgreens, Rite Aid y Walmart. Las farmacias participantes le ofrecen, ya sean los beneficios de salud en farmacias que habitualmente recibe, o el descuento en medicamentos recetados, lo que resulte en mayores ahorros. Si adquiere un medicamento genérico y presenta la tarjeta, ahorrará 97% del costo del medicamento.*

Encuentre una farmacia cerca de usted – <http://www.emsmed.com/vendors/pharmacy.aspx>

Consulte precios – <http://www.emsmed.com/vendors/rxpricing.aspx?groupid=Ameritas>

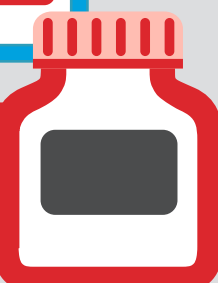
~~\$425~~

**MEDICAMENTO
DE MARCA
RECONOCIDA**



\$11

**MEDICAMENTO
GENÉRICO**



Ameritas Eyewear Savings Card



Ameritas
fulfilling life.



Walmart
Save money. Live better.




Member Name: _____

Members: To locate a Walmart Vision Center near you, visit http://www.walmart.com/cservice/ca_storefinder.gsp. Call 800-487-5553 with questions.

Walmart Vision Center Associates: Use plan name **SAVINGS 15** in BOSS. Call 700-277-7710 with questions.

GR 6269 Eyewear 3-15

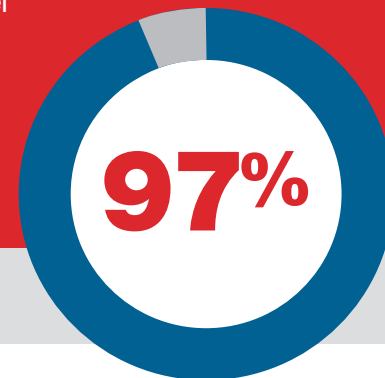
Ahorros en armazones y lentes. También puede **ahorrar hasta 15%** cuando adquiera los siguientes productos oftalmológicos en cualquier Walmart Vision Center.

-  • **armazones de la mejor calidad** para toda la familia, incluso de las marcas más reconocidas.
-  • amplia selección de **opciones en lentes**; todos los lentes cuentan con un revestimiento resistente a rayones sin costo adicional.
-  • **lentes de seguridad.**

Los descuentos en medicamentos recetados, armazones y lentes no son un seguro y no tienen un costo adicional en la prima del plan.

* En promedio, usted puede gozar de hasta 65% de descuento en medicamentos genéricos y, en general, ahorrar hasta un 40% cuando combine medicamentos genéricos y de marca reconocida. Las cantidades en la ilustración están redondeadas al monto más bajo y se basan en Lexapro TAB 20MG y Escitalopram TAB 20MG con código postal 68510.

Estamos para ayudarle. Si tiene preguntas acerca de los beneficios del plan, llame a nuestro equipo de atención al cliente. Nuestros representantes en el centro de atención de reclamos han sido distinguidos, **desde 2006, con el premio BenchmarkPortal's Center of Excellence.** Dicho logro ha sido igualado únicamente por muy pocas compañías.



97% de los miembros que se inscribieron hace un año para recibir beneficios dentales, oftalmológicos y de audición con Ameritas, aún siguen con nosotros hasta la fecha.¹



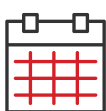
Cada año atendemos a más de dos millones de llamadas y procesamos 5.4 millones de reclamos



El porcentaje de exactitud en el procesamiento de reclamos excede el 99%.



Inglés, español e interpretación en otros idiomas



92% de los reclamos se procesan en un tiempo promedio de 9 días laborables.

Preguntas acerca de reclamos, beneficios y red de proveedores:

group@ameritas.com | 800-487-5553

De lunes a jueves, 7 de la mañana a medianoche (Hora del Centro) y viernes de 7 de la mañana a 6:30 de la tarde (Hora del Centro)

¿en español? Ameritas cuenta con representantes bilingües en el área de reclamos y diversos documentos en español. También ofrece servicios de interpretación telefónica en otros idiomas.



Asistencia a nivel mundial. Cuando usted viaje fuera de Estados Unidos, AXA Assistance le brinda referencias de proveedores dentales y oftalmológicos y servicios de coordinación de citas. Las oficinas de AXA están presentes en más de 30 países y tienen servicio telefónico las 24 horas del día. Inmediatamente después que la llamada se conecta, un coordinador evalúa la situación y proporciona una recomendación para acudir a un proveedor confiable y hasta puede ayudar para concertar la cita. Por medio de su cuenta segura para miembros del plan (ameritas.com) podrá revisar a detalle la información de contacto de AXA.



Reporte de Salud Dental. Conozca el estado actual de su salud dental y cómo mejorarla. Después de usar sus beneficios dentales por 12 meses, Ameritas le proporcionará un reporte de salud dental. Dicho reporte fue desarrollado en conjunto con la Facultad de Odontología del Centro Médico de la Universidad de Nebraska e incluye retroalimentación acerca de la situación de su salud dental y consejos de atención bucal específicos para usted.

Ameritas 
fulfilling life.

¹ Sistema de procesamiento de reclamos de Ameritas, 2017, 2018

Los servicios de asistencia de recomendación de proveedores dentales u oftalmológicos se ofrecen y administran independientemente por parte de AXA Assistance USA, Inc. (AXA). Los proveedores recomendados por AXA no son miembros de la red de proveedores de Ameritas. Ameritas no garantiza o representa la calidad de los servicios proporcionados por AXA o por los proveedores recomendados por AXA. El hecho de que se recomiende un proveedor AXA, no es garantía de que se paguen beneficios y todas las disposiciones y limitaciones de la póliza serán válidas.

Esta información la proporciona Ameritas Life Insurance Corp. (Ameritas Life). Los productos grupales dentales, oftalmológicos y de audición [9000 Rev. 03-16, (fechas pueden variar por estado) y los productos individuales dentales y oftalmológicos [Indiv. 9000 Rev. 07-16, (fechas pueden variar por estado) son emitidas por Ameritas Life. Algunos planes pueden no estar disponibles en todas las áreas geográficas. En Texas, a nuestra red dental y planes se les conocen como la Red Dental de Ameritas (Ameritas Dental Network).

Ameritas, el diseño del bisonte, "fulfilling life" y los nombres de los productos identificados con los símbolos SM o ® son marcas o servicios registrados a nombre de Ameritas Life, de su filial Ameritas Holding Company o Ameritas Mutual Holding Company. El resto de las marcas son propiedad de sus titulares respectivos. © 2019 Ameritas Mutual Holding Company



Effective Date:

Group Number:

Plan Number:

Reliable & Dependable

Avēsis is a national leader in providing exceptional vision care benefits for millions of commercial members throughout the country. The Avēsis vision care products give our members an easy-to-use wellness benefit that provides excellent value and protection.

An In-Depth Look

Vision Care Services	In-Network Member Benefits	Out-of-Network Reimbursement
Eye Examination	Covered in full	Up to
Materials:	(Materials copay applies to frame or spectacle lenses, if applicable.)	
Frame Allowance*	Members receive a wholesale allowance retail value [†]	Up to
Standard Spectacle Lenses		
Single Vision	Covered in full after materials copay	Up to
Bifocal	Covered in full after materials copay	Up to
Trifocal	Covered in full after materials copay	Up to
Lenticular	Covered in full after materials copay	Up to
Other Lens Options[†]		
Contact Lenses[§] (in lieu of frame and spectacle lenses)		
Elective		
Medically Necessary	Covered in full	
Refractive Laser Surgery	Provider discount up to 25%	
Frequency		
Eye Examination	Once every	Once every
Lenses or contact lenses	Once every	Once every
Frame	Once every	Once every

[†] Discounts are not insured benefits

[§] Prior authorization is required for medically necessary contacts.

How can we help you?

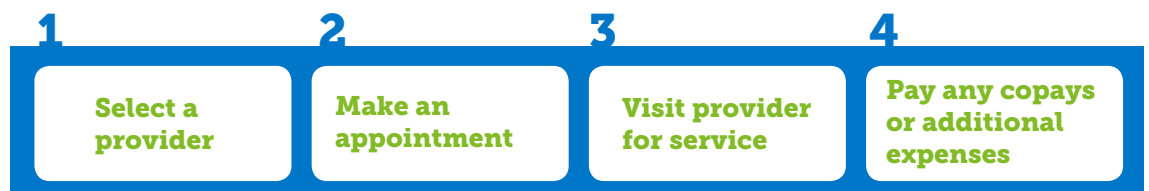
Avēsis Website:
www.avesis.com

Customer Service:
800-828-9341
7 a.m. - 8 p.m. EST

LASIK Provider:
877-712-2010

Here's How It Works

When you need to see an eye care professional, simply visit www.avesis.com or contact Avēsis' Customer Service Monday through Friday, 7 a.m. to 8 p.m. (EST) at 800-828-9341 to receive a listing of providers in your area.



†
*

Using Out-of-Network Providers

Members who elect to use an out-of-network provider must pay the provider in full at the time of service and submit a claim to Avēsis for reimbursement. Reimbursement levels are in accordance with the out-of-network reimbursement schedule previously listed. Out-of-network benefits are subject to the same eligibility, availability, frequency of benefits, and limitation and exclusion provisions of the plan, and are in lieu of services provided by a participating Avēsis provider. Out-of-network claim forms can be obtained by contacting Avēsis' Customer Service Center or your group administrator, or by visiting www.avesis.com.

Limitations and Exclusions

Some provisions, benefits, exclusions, or limitations listed herein may vary depending on your state of residence.

Limitations:

This plan is designed to cover eye examinations and corrective eyewear. It is also designed to cover visual needs rather than cosmetic options. Should the member select options that are not covered under the plan, as shown in the schedule of benefits, the member will pay a discounted fee to the participating Avēsis provider. Benefits are payable only for services received while the group and individual member's coverage is in force.

Exclusions:

There are no benefits under the plan for professional services or materials connected with and arising from:

- 1) Orthoptics or vision training;
- 2) Subnormal vision aids and any supplemental testing, aniseikonic lenses;
- 3) Plano (non-prescription) lenses, sunglasses;
- 4) Two pair of glasses in lieu of bifocal lenses;
- 5) Any medical or surgical treatment of eye or supporting structures;
- 6) Replacement of lost or broken lenses, contact lenses or frames, except when the member is normally eligible for services;
- 7) Any eye examination or corrective eyewear required by an employer as a condition of employment and safety eyewear;
- 8) Services or materials provided as a result of Workers' Compensation Law, or similar legislation, required by any governmental agency whether Federal, State, or subdivision thereof.
- 9) Services or materials provided by any other group benefit plan providing vision care.

Refractive Surgery Vision Benefit Exclusions:

Benefits are not payable for any of the following:

- 1) Routine vision examinations or corrective vision materials, including corrective eyeglasses, fittings, lenses, frames, or contact lenses; or
- 2) Medical or surgical procedures, services, or treatments:
 - a. not specifically covered under this Rider;
 - b. provided free of charge in the absence of insurance
 - c. payable under any Workers' Compensation law or similar statutory authority
 - d. payable under governmental plan or program, whether Federal, state, or subdivisions thereof.

Termination Provisions

Coverage will end on the earliest of: the date the policy ends, the date the employee's employment ends, or the date the employee is no longer eligible.

Notes and Disclaimers

The contact lens allowance may be used all at once or throughout the plan year as needed or may be applied toward contact lenses only, or both contact lenses and professional services (fitting fees). Refractive Laser Surgery is considered an elective procedure, and may involve potential risks to patients. Avēsis is not responsible for the outcome of any refractive surgery.

Insured benefits are administered by Avēsis Third Party Administrators, Inc., Phoenix, AZ

Vision Resources

At Avēsis, we strive to give you the simplicity you seek when using your benefits and signing up online to manage them. Here, we show you exactly what you'll need to get started.

Using Your Benefits

1. Select a provider from our Provider Directory at www.avesis.com. Search by provider type, name, zip code, location, mile radius, and more, then further narrow your search to include other preferences.
2. Call to schedule an appointment, identifying yourself as an Avēsis member; confirm the provider accepts Avēsis. No ID cards are necessary to receive services.
3. At your visit, pay any copays and non-covered expenses.

That's it! It really is as easy as 1-2-3.

Signing Up Online

1. Visit www.avesis.com and click Members from the top navigation.
2. Click Sign Up to register your account. You'll be required to enter your first and last names, date of birth, mobile phone number, and email address.
3. Create a username and password that conforms with the password requirements.
4. Click Submit & Get Started.

Once you're registered, you'll get a confirmation message that your registration was successful. Log in and use the dashboard to search for providers; check eligibility; view vision benefits, claim status, and forms and documents; print an ID card; get messages; and edit your profile.

Learn more about sight through our FAQs, glossary, and vital vision facts.

Need Assistance?

Our Customer Care Center can be reached at 800-828-9341, Monday through Friday, 7:00 a.m. to 8:00 p.m. EST.

Le brindamos cobertura

Vea por millas y millas

Las redes son el tejido de un programa de beneficios. La nuestra está fuertemente entrelazada, con proveedores de atención de la vista acreditados y respetados, para brindarle una cobertura confiable en sus viajes por todo el país.

Ponga la vista en lo que es conveniente

¡Hemos pensado en usted a la hora de desarrollar nuestra red nacional! Contar con una combinación equilibrada de oftalmólogos, optometristas y ópticas independientes y minoristas facilita la búsqueda de un proveedor adecuado para sus necesidades de atención para la vista. Con más de 75,000 puntos de acceso, no hay dudas de por qué el 97 por ciento de los miembros de Avēsis continúan en la red.

Recorra las distancias con nosotros

Visite www.avesis.com y haga clic en Provider Search (Búsqueda de proveedores) para encontrar un proveedor de la red.

¿Busca a los médicos de LASIK que participan con nosotros? Visite el sitio web de Qualsight para obtener una lista. (www.qualsight.com/-avesis)

¿Aún tiene preguntas? Llame al 800-828-9341.

A continuación, encontrará algunos de los comercios minoristas más importantes que participan con Avēsis:

- America's Best Contacts & Eyeglasses™
- Cohen's Fashion Optical®
- Costco® Wholesale
- Eyeglass World®
- Eyemart Express™
- EyeMasters
- For Eyes
- JCPenney Optical
- Midwest Vision Centers
- MyEyeDr.
- Nationwide™ Vision
- Pearle Vision®
- Sam's Club®
- Sears Optical®
- Shopko®
- Sterling Optical®
- SVS Vision Optical Centers
- Target® Optical
- TSO™ Texas State Optical
- Visionworks®
- Walmart®



Es posible que algunas ubicaciones no ofrezcan todos los servicios. Las condiciones de servicio completo o solo materiales pueden encontrarse con la herramienta de búsqueda de proveedores. Consulte en www.avesis.com antes de programar una cita. Avēsis es una subsidiaria de propiedad absoluta de The Guardian Life Insurance Company of America, Nueva York, NY. #2018-60214 (exp. 5/20).

Rev (05/18) | 044 span

Avēsis
10400 N. 25th Ave.
Suite 200
Phoenix, AZ 85021

www.avesis.com

Cuanto seguro de vida necesitas?

Si va a lograr todos sus objetivos, como enviar a sus hijos a la universidad, jubilarse cómodamente y dejar un legado, deberá ahorrar e invertir a lo largo de su vida. Pero para completar realmente su situación financiera, también deberá agregar un elemento más: protección. Y eso significa que necesitará un seguro de vida adecuado para su situación. Sin embargo, su necesidad de seguro variará en diferentes momentos de su vida, por lo que querrá reconocer estas necesidades cambiantes y estar preparado para actuar

Cuando eres un adulto joven y eres soltero, el seguro de vida probablemente no sea tan importante. E incluso las parejas casadas sin hijos suelen tener poca necesidad de seguro de vida; Si ambos cónyuges contribuyen por igual a las finanzas del hogar, y usted no es dueño de una casa, la muerte de uno de los cónyuges generalmente no será catastrófica para el otro.



Pero una vez que compra una casa, las cosas cambian. Incluso si usted y su cónyuge están trabajando, la carga financiera de una hipoteca puede ser demasiado para el cónyuge sobreviviente. Por lo tanto, para permitir que el sobreviviente continúe viviendo en el hogar, puede considerar comprar un seguro de vida suficiente para al menos cubrir la hipoteca.

Cuando tiene hijos, sus necesidades de seguro de vida generalmente aumentarán considerablemente. De hecho, es una buena idea que ambos padres tengan suficiente seguro de vida para pagar una hipoteca y críen y eduquen a los niños, porque los ingresos de los padres sobrevivientes pueden ser insuficientes para estas necesidades. ¿Cuánto seguro necesitas? Es posible que escuche hablar de una "fórmula", como comprar una cantidad igual a siete o diez veces su ingreso anual, pero esta es una guía aproximada, en el mejor de los casos. Es posible que desee trabajar con un profesional financiero para sopesar varios factores (número y edad de los hijos, monto de la hipoteca, ingresos actuales de usted y su cónyuge, etc.) para determinar tanto la cantidad de cobertura como el tipo de seguro (" término "o" permanente ") apropiado para su situación.

Una vez que haya alcanzado la etapa de "nido vacío" y sus hijos crezcan y vivan solos, es posible que deba reevaluar sus necesidades de seguro. Es posible que pueda reducir su cobertura, pero si todavía tiene una hipoteca, es probable que desee mantener un seguro suficiente para pagarla.

Después de jubilarse, es posible que haya pagado su hipoteca o se haya mudado a un condominio o apartamento, por lo que puede requerir incluso menos seguro de vida que antes. Pero también es posible que su necesidad de seguro de vida se mantenga fuerte. Por ejemplo, el producto de una póliza de seguro de vida puede usarse para pagar sus gastos finales o para reemplazar cualquier ingreso perdido para su cónyuge como resultado de su fallecimiento (por ejemplo, de una pensión o Seguro Social). El seguro de vida también puede usarse en sus planes de patrimonio para ayudar a dejar el legado que desea.

Como hemos visto, el seguro puede ser importante en cada etapa de su vida. Te ayudará a ti mismo y a tus seres queridos al obtener la cobertura que necesitas cuando la necesitas.



Term Life with Accidental Death & Dismemberment (AD&D) Insurance can provide money for your family if you die or are diagnosed with a terminal illness.

Class 2: All Other Full-Time Employees

How does it work?

You keep coverage for a set period of time, or “term.” If you die during that term, the money can help your family pay for basic living expenses, final arrangements, tuition and more.

AD&D Insurance is also available, which can pay a benefit if you survive an accident but have certain serious injuries. It can pay an additional amount if you die from a covered accident.

Why choose Unum?

Your employer is offering you this coverage at no cost to you. Unum is the leading provider of employee benefits, with more than 165 years of experience.¹ We’ll be there to back our benefits and provide you with the support you need.

Who can get Term Life coverage?

If you are actively at work at least 40 hours per week, you can receive coverage for:

You:	You can receive a benefit amount of \$10,000.
-------------	---

What else is included?

A “Living” Benefit

If you are diagnosed with a terminal illness with less than 12 months to live, you can request 75% of your life insurance benefit (up to \$10,000) while you are still living. This amount will be taken out of the death benefit and may be taxable.

Waiver of premium

Your cost may be waived if you are totally disabled for a period of time.

Portability

You may be able to keep coverage if you leave the company, retire or change the number of hours you work.

Employees or dependents who have a sickness or injury having a material effect on life expectancy at the time their group coverage ends are not eligible for portability.

Work-life balance Employee Assistance Program (EAP)

Get access to professional help for a range of personal and work-related issues, including counselor referrals, financial planning and legal support.

Worldwide emergency travel assistance

One phone call gets you and your family immediate help anywhere in the world, as long as you’re traveling 100 or more miles from home. However, a spouse traveling on business for his or her employer is not covered.

Who can get Accidental Death & Dismemberment (AD&D) coverage?

You:	You can receive an AD&D benefit amount of \$10,000.
-------------	---

No questions or health exams required for AD&D coverage.

Term Life Insurance with Accidental Death & Dismemberment (AD&D)

Exclusions and limitations

Actively at work

Eligible employees must be actively at work to apply for coverage. Being actively at work means on the day the employee applies for coverage, the individual must be working at one of his/her company's business locations; or the individual must be working at a location where he/she is required to represent the company. If applying for coverage on a day that is not a scheduled workday, the employee will be considered actively at work as of his/her last scheduled workday. Employees are not considered actively at work if they are on a leave of absence or lay off.

Employees must be U.S. citizens or legally authorized to work in the U.S. to receive coverage.

Employees must be actively employed in the United States with the Employer to receive coverage. Employees must be insured under the plan for spouses and dependents to be eligible for coverage.

Exclusions and limitations

Life insurance benefits will not be paid for deaths that are caused by suicide occurring within 24 months after the effective date of coverage or the date that increases to existing coverage becomes effective. This exclusion standardly applies to all medically written amounts and contributory amounts that are funded by the employee including shared funding plans.

AD&D specific exclusions and limitations:

Accidental death and dismemberment benefits will not be paid for losses caused by, contributed to by, or resulting from:

- Disease of the body; diagnostic, medical or surgical treatment or mental disorder as set forth in the latest edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)
- Suicide, self-destruction while sane, intentionally self-inflicted injury while sane or self-inflicted injury while insane
- War, declared or undeclared, or any act of war
- Active participation in a riot
- Committing or attempting to commit a crime under state or federal law
- The voluntary use of any prescription or non-prescription drug, poison, fume or other chemical substance unless used according to the prescription or direction of your doctor. This exclusion does not apply to you if the chemical substance is ethanol.
- Intoxication – "Being intoxicated" means your blood alcohol level equals or exceeds the legal limit for operating a motor vehicle in the state or jurisdiction where the accident occurred.

Delayed effective date of coverage

Employee: Insurance coverage will be delayed if you are not in active employment because of an injury, sickness, temporary layoff, or leave of absence on the date that insurance would otherwise become effective.

Age reduction

Coverage amounts for Life and AD&D Insurance for you will reduce to:

- 65% of the original amount when you reach age 65
- 45% of the original amount when you reach age 70
- 30% of the original amount when you reach age 75
- 20% of the original amount when you reach age 80

Coverage may not be increased after a reduction.

Termination of coverage

Your coverage under the policy ends on the earliest of:

- The date the policy or plan is cancelled
- The date you no longer are in an eligible group
- The date your eligible group is no longer covered
- The last day of the period for which you made any required contributions
- The last day you are actively employed (unless coverage is continued due to a covered layoff, leave of absence, injury or sickness), as described in the certificate of coverage

This information is not intended to be a complete description of the insurance coverage available. The policy or its provisions may vary or be unavailable in some states. The policy has exclusions and limitations which may affect any benefits payable. For complete details of coverage and availability, please refer to Policy Form C.FP-1 et al or contact your Unum representative.

Life Planning Financial & Legal Resources services, provided by HealthAdvocate, are available with select Unum insurance offerings. Terms and availability of service are subject to change. Service provider does not provide legal advice; please consult your attorney for guidance. Services are not valid after coverage terminates. Please contact your Unum representative for details.

Work-life balance EAP

The work-life balance employee assistance program, provided by HealthAdvocate, is available with select unum insurance offerings. Terms and availability of service are subject to change. Service provider does not provide legal advice; please consult your attorney for guidance. Services are not valid after coverage terminates. Please contact your Unum representative for details.

Worldwide emergency travel assistance

Worldwide emergency travel assistance services, provided by Assist America, Inc., are available with select Unum insurance offerings. Terms and availability of service are subject to chance and prior notification requirements. Services are not valid after coverage terminates. Please contact your Unum representative for details.

Underwritten by:

Unum Life Insurance Company of America, Portland, Maine

© 2018 Unum Group. All rights reserved. Unum is a registered trademark and marketing brand of Unum Group and its insuring subsidiaries.



Term Life Insurance

can provide money for your family if you die or are diagnosed with a terminal illness.

How does it work?

You choose the amount of coverage that's right for you, and you keep coverage for a set period of time, or "term." If you die during that term, the money can help your family pay for basic living expenses, final arrangements, tuition and more.

Why is this coverage so valuable?

If you buy a minimum of \$10,000 of coverage now, you can increase your coverage in the future up to \$150,000 to meet your growing needs. You won't have to answer any health questions or take a health exam.

Who can get Term Life coverage?

If you are actively at work at least 30 hours per week, you may apply for coverage for:

You	Choose from \$10,000 to \$500,000 in \$10,000 increments, up to 5 times your earnings. You can get up to \$150,000 with no health questions. This is your guaranteed issue amount.
Your Spouse	Get up to \$250,000 of coverage in \$5,000 increments. Spouse coverage cannot exceed 100% of the coverage amount you purchase for yourself. Your spouse can get up to \$25,000 with no health questions, if eligible (see delayed effective date). This is their guaranteed issue amount.
Your Children	Get up to \$10,000 of coverage in \$1,000 increments if eligible (see delayed effective date). One policy covers all of your children until their 26th birthday. The maximum benefit for children live birth to 6 months is \$1,000.

Delayed Effective Date: If your spouse or child has a serious injury, sickness, or disorder, or is confined, their coverage may not take effect. Payment of premium does not guarantee coverage. Please refer to your policy contract or see your plan administrator for an explanation of the delayed effective date provision that applies to your plan.

What else is included?

A "Living" Benefit

If you are diagnosed with a terminal illness with less than 12 months to live, you can request 75% of your life insurance benefit (up to \$500,000) while you are still living. This amount will be taken out of the death benefit, and may be taxable.

Waiver of premium

Your cost may be waived if you are totally disabled for a period of time.

Portability

You may be able to keep coverage if you leave the company, retire or change the number of hours you work.

Employees or dependents who have a sickness or injury having a material effect on life expectancy at the time their group coverage ends are not eligible for portability.

Term Life Insurance

How much coverage can I get?

Calculate your costs

1. Enter the Term Life coverage amount you want.[†]
2. Divide by the amount shown.
3. Multiply by the rate. Use the Term Life rate table (at right) to find the rate based on age. (Choose the age you will be when your coverage becomes effective on 10/01/2020. To determine your spouse rate, choose the age the spouse will be when coverage becomes effective on 10/01/2020.)
4. Enter your cost.

Term Life	1	2	3	4
Employee	\$_____,000	÷ \$10,000 = \$_____	X \$_____	= \$_____
Spouse	\$_____,000	÷ \$5,000 = \$_____	X \$_____	= \$_____
Child	\$_____,000	÷ \$10,000 = \$_____	X \$_____	= \$_____
Total cost				

Term Life semi-monthly rate for employee		Spouse semi-monthly rate	Child semi-monthly rate
Age	Per \$10,000 of coverage Cost	Per \$5,000 of coverage Cost	\$0.09 per \$1,000 of coverage
15-24	\$0.445	\$0.223	
25-29	\$0.445	\$0.223	
30-34	\$0.445	\$0.223	
35-39	\$0.625	\$0.313	
40-44	\$0.895	\$0.448	
45-49	\$1.390	\$0.695	
50-54	\$2.155	\$1.077	
55-59	\$3.550	\$1.775	
60-64	\$4.720	\$2.360	
65-69	\$8.095	\$4.048	
70-74	\$14.445	\$7.223	
75+	\$54.975	\$27.488	

Billed amount may vary slightly.

If you apply for coverage above the guaranteed issue amount, you will be asked health-related questions which may affect your ability to get the larger coverage amount. In order to purchase coverage for your dependents, you must buy coverage for yourself. Coverage amounts cannot exceed 100% of your coverage amounts.

Term Life Insurance

Exclusions and limitations

Actively at work

Eligible employees must be actively at work to apply for coverage. Being actively at work means on the day the employee applies for coverage, the individual must be working at one of his/her company's business locations; or the individual must be working at a location where he/she is required to represent the company. If applying for coverage on a day that is not a scheduled workday, the employee will be considered actively at work as of his/her last scheduled workday. Employees are not considered actively at work if they are on a leave of absence or lay off.

An unmarried handicapped dependent child who becomes handicapped prior to the child's attainment age of 26 may be eligible for benefits. Please see your plan administrator for details on eligibility.

Employees must be U.S. citizens or legally authorized to work in the U.S. to receive coverage. Spouses and dependents must live in the U.S. to receive coverage.

Employees must be actively employed in the United States with the Employer to receive coverage. Employees must be insured under the plan for spouses and dependents to be eligible for coverage.

Exclusions and limitations

Life insurance benefits will not be paid for deaths caused by suicide occurring within 24 months after the effective date of coverage. The same applies for increased or additional benefits.

Delayed effective date of coverage

Insurance coverage will be delayed if you are not an active employee because of an injury, sickness, temporary layoff, or leave of absence on the date that insurance would otherwise become effective.

Delayed Effective Date: If your spouse or child has a serious injury, sickness, or disorder, or is confined, their coverage may not take effect. Payment of premium does not guarantee coverage. Please refer to your policy contract or see your plan administrator for an explanation of the delayed effective date provision that applies to your plan.

Age reduction

Coverage amounts for Life for you and your dependents will reduce to:

65% of the original amount when you reach age 65

45% of the original amount when you reach age 70

30% of the original amount when you reach age 75

20% of the original amount when you reach age 80

Termination of coverage

Your coverage and your dependents' coverage under the policy ends on the earliest of:

- The date the policy or plan is cancelled
- The date you no longer are in an eligible group
- The date your eligible group is no longer covered
- The last day of the period for which you made any required contributions
- The last day you are actively employed (unless coverage is continued due to a covered layoff, leave of absence, injury or sickness), as described in the certificate of coverage

In addition, coverage for any one dependent will end on the earliest of:

- The date your coverage under a plan ends
- The date your dependent ceases to be an eligible dependent
- For a spouse, the date of a divorce or annulment
- For dependents, the date of your death

Unum will provide coverage for a payable claim that occurs while you and your dependents are covered under the policy or plan.

This information is not intended to be a complete description of the insurance coverage available. The policy or its provisions may vary or be unavailable in some states. The policy has exclusions and limitations which may affect any benefits payable. For complete details of coverage and availability, please refer to Policy Form C.FP-1 et al or contact your Unum representative.

Life Planning Financial & Legal Resources services, provided by HealthAdvocate, are available with select Unum insurance offerings. Terms and availability of service are subject to change. Service provider does not provide legal advice; please consult your attorney for guidance. Services are not valid after coverage terminates. Please contact your Unum representative for details.

Unum complies with state civil union and domestic partner laws when applicable.

Underwritten by:

Unum Life Insurance Company of America, Portland, Maine

© 2018 Unum Group. All rights reserved. Unum is a registered trademark and marketing brand of Unum Group and its insuring subsidiaries.



Long Term Disability Insurance

can replace part of your income if a disability keeps you out of work for a long period of time.

How does it work?

This coverage can pay a monthly benefit if you have a covered illness or injury and you can't work for a few months — or even longer.

You're generally considered disabled if you're unable to do important parts of your job — and your income suffers as a result.

Why is this coverage so valuable?

You can use the money however you choose. It can help you pay for your rent or mortgage, groceries, out-of-pocket medical expenses and more.

What's covered?

This insurance may cover a variety of conditions and injuries. Here are Unum's top reasons for long term disability claims:¹

- Cancer
- Back disorders
- Injuries and poison
- Cardiovascular
- Joint disorders

This plan does not cover pre-existing conditions. See the disclosure section to learn more.

What else is included?

Work-life balance EAP

Get access to professional help for a range of personal and work-related issues, including counselor referrals, financial planning and legal support.

Worldwide emergency travel assistance

One phone call gets you and your family immediate help anywhere in the world, as long as you're traveling 100 or more miles from home. However, a spouse traveling on business for his or her employer is not covered.








Survivor benefit

If you die while you've been disabled and receiving benefits for at least 180 days, your family could get a benefit equal to 3 months of your gross disability payment.

Waiver of premium

If you're disabled and receiving benefit payments, Unum waives your cost until you return to work.

Consider your monthly expenses

	Food	\$ _____
	Transportation (gas, car payments, repairs)	_____
	Child care/elder care	_____
	Mortgage/rent	_____
	Utilities (electric, water, cable, phone)	_____
	Medical costs (co-pays, medications)	_____
	Insurance (health, life, car, home)	_____
	Total monthly expenses	\$ _____

What our customers have to say:

★★★★★

Maria

"I'm so thankful to have Unum Disability Insurance."

★★★★★

Archer

"No one should be without it."

See more at: unum.com/reviews

¹ Unum internal data, 2015. Note: Causes are listed in ranked order.

Long Term Disability Insurance

How much coverage can I get?

You*	<p>You are eligible for coverage if you are an active employee in the United States working a minimum of 30 hours per week.</p> <p>Coverage amounts Cover 60% of your monthly income, up to a maximum payment of \$5,000. The monthly benefit may be reduced or offset by other sources of income. <small>*See the Legal Disclosures for more information.</small></p>
-------------	--

- ! Coverage is guaranteed as long as a certain number of employees purchase coverage. If you don't sign up now but decide to apply later, you may have to answer medical questions.

Elimination period (EP)

Your elimination period is 90 days. This is the number of days that must pass after a covered accident or illness before you can begin to receive benefits.

Benefit duration (BD)

This is the maximum length of time you can receive benefits while you're disabled. You can receive benefits up to the Social Security (SS) normal retirement age.

Calculate your cost

- Use \$100,000 if your annual earnings exceed this amount. This is the maximum coverage amount offered in this plan.
- Multiply by your rate. Use the rate table to find the rate based on your age. (Choose the age you will be when your coverage becomes effective on 10/01/2020.)

Disability worksheet				
1 Enter your annual earnings and calculate your maximum monthly benefit available.				
\$ _____ ÷ 12 = \$ _____	x	60% =	\$ _____	
Your annual earnings	Your monthly earnings	(Max % of income covered)	Max monthly benefit available	
2 Calculate your cost per paycheck				
\$ _____ ÷ 100 = \$ _____	x	\$ _____ =	\$ _____ ÷ 24 =	\$ _____
Your annual earnings	Rate		Number of paychecks per year	Total cost per paycheck

Age	Rates
15-24	\$0.120
25-29	\$0.170
30-34	\$0.330
35-39	\$0.500
40-44	\$0.810
45-49	\$1.090
50-54	\$1.410
55-59	\$1.710
60-64	\$1.760
65-69	\$1.310
70 +	\$1.000

Billed amount may vary slightly. Your rate is based on your age and will increase as you move to the next age band.

Long Term Disability Insurance

Exclusions and limitations

Active employee

You are considered in active employment, if on the day you apply for coverage, you are being paid regularly by City of Mission for the required minimum hours each week and you are performing the material and substantial duties of your regular occupation.

Delayed effective date of coverage

Insurance coverage will be delayed if you are not an active employee because of an injury, sickness, temporary layoff, or leave of absence on the date that insurance would otherwise become effective.

Benefit duration (BD)

The duration of your benefit payments is based on your age when your disability occurs. Your Long Term Disability benefits are payable while you continue to meet the definition of disability. Please refer to your plan document for the duration of benefits under this policy.

Definition of disability

You are considered disabled when Unum determines that:

- You are limited from performing the material and substantial duties of your regular occupation due to sickness or injury; and
- You have a 20% or more loss of indexed monthly earnings due to the same sickness or injury

After 24 months, you are considered disabled when Unum determines that due to the same sickness or injury, you are unable to perform the duties of any gainful occupation for which you are reasonably fitted by education, training or experience.

You must be under the regular care of a physician in order to be considered disabled.

The loss of a professional or occupational license or certification does not, in itself, constitute disability.

“Substantial and material acts” means the important tasks, functions and operations that are generally required by employers from those engaged in your usual occupation and that cannot be reasonably omitted or modified.

Unless the policy specifies otherwise, as part of the disability claims evaluation process, Unum will evaluate your occupation based on how it is normally performed in the national economy, not how work is performed for a specific employer, at a specific location or in a specific region.

Pre-existing conditions

You have a pre-existing condition if:

- You received medical treatment, consultation, care or services including diagnostic measures for the condition, or took prescribed drugs or medicines for it in the 3 months just prior to your effective date of coverage; and
- The disability begins in the first 12 months after your effective date of coverage.

Deductible sources of income

Your disability benefit may be reduced by deductible sources of income and any earnings you have while you are disabled, including such items as group disability benefits or other amounts you receive or are entitled to receive:

- Workers’ compensation or similar occupational benefit laws, including a temporary disability benefit under a workers’ compensation law
- State compulsory benefit laws
- Automobile liability insurance policy
- No fault motor vehicle plan
- Third-party settlements
- Other group insurance plans
- A group plan sponsored by your employer
- Governmental retirement system
- Salary continuation or sick leave plans, if applicable
- Retirement payments
- Social Security or similar governmental programs

Exclusions and limitations

Benefits will not be paid for disabilities caused by, contributed to by, or resulting from:

- Intentionally self-inflicted injuries;
- Active participation in a riot;
- War, declared or undeclared or any act of war;
- Commission of a crime for which you have been convicted;
- Loss of professional license, occupational license or certification; or
- Pre-existing conditions (See the disclosure section to learn more).

The loss of a professional or occupational license does not, in itself, constitute disability.

Unum will not pay a benefit for any period of disability during which you are incarcerated.

The lifetime cumulative maximum benefit for all disabilities due to mental illness and disabilities based primarily on self-reported symptoms is 24 months. Only 24 months of benefits will be paid for any combination of such disabilities even if the disabilities are not

continuous and/or are not related. Payments can continue beyond 24 months only if you are confined to a hospital or institution as a result of the disability.

Termination of coverage

Your coverage under the policy ends on the earliest of the following:

- The date the policy or plan is cancelled
- The date you no longer are in an eligible group
- The date your eligible group is no longer covered
- The last day of the period for which you made any required contributions
- The last day you are in active employment except as provided under the covered layoff or leave of absence provision.

Unum will provide coverage for a payable claim that occurs while you are covered under the policy or plan.

Social Security advocacy services are provided by GENEX Services, Inc. or The Advocate Group, LLC. Referral to one of our advocacy partners is determined by Unum.

Worldwide emergency travel assistance services are provided by Assist America, Inc.

Work-life balance employee assistance program services are provided by HealthAdvocate.

Services are available with select Unum insurance offerings. Terms and availability of service are subject to change and prior notification requirements. Service providers do not provide legal advice; please consult your attorney for guidance. Services are not valid after coverage terminates. Please contact your Unum representative for details.

This information is not intended to be a complete description of the insurance coverage available. The policy or its provisions may vary or be unavailable in some states. The policy has exclusions and limitations which may affect any benefits payable. For complete details of coverage and availability, please refer to Policy Form C.FP-1 et al. or contact your Unum representative.

Underwritten by:

Unum Life Insurance Company of America, Portland, Maine

© 2018 Unum Group. All rights reserved. Unum is a registered trademark and marketing brand of Unum Group and its insuring subsidiaries.

Help, when you need it most

With your Employee Assistance Program and Work/Life Balance services, confidential assistance is as close as your phone or computer.



Always by your side

- Expert support 24/7
- Convenient website
- Short-term help
- Referrals for additional care
- Monthly webinars
- Medical Bill Saver™
— helps you save on medical bills



Who is covered?

Unum's EAP services are available to all eligible employees, their spouses or domestic partners, dependent children, parents and parents-in-law.



Employee Assistance Program — Work/Life Balance

Toll-free 24/7 access:

- 1-800-854-1446
(multi-lingual)
- www.unum.com/lifebalance



Turn to us, when you don't know where to turn.

Employee Assistance Program (EAP)

Your EAP is designed to help you lead a happier and more productive life at home and at work. Call for confidential access to a Licensed Professional Counselor* who can help you.

A Licensed Professional Counselor can help you with:

- Stress, depression, anxiety
- Family and parenting problems
- Relationship issues, divorce
- Anger, grief and loss
- Job stress, work conflicts
- And more

Work/Life Balance

You can also reach out to a specialist for help with balancing work and life issues. Just call and one of our Work/Life Specialists can answer your questions and help you find resources in your community.

Ask our Work/Life Specialists about:

- Child care
- Financial services, debt management, credit report issues
- Elder care
- Even reducing your medical/dental bills!
- Legal questions
- And more
- Identity theft

Help is easy to access:

- **Online/phone support:** Unlimited, confidential, 24/7.
- **In-person:** You can get up to 3 visits available at no additional cost to you with a Licensed Professional Counselor. Your counselor may refer you to resources in your community for ongoing support.

* The counselors must abide by federal regulations regarding duty to warn of harm to self or others. In these instances, the consultant may be mandated to report a situation to the appropriate authority.

Unum's Employee Assistance Program and Work/Life Balance services, provided by HealthAdvocate, are available with select Unum insurance offerings. Terms and availability of service are subject to change. Service provider does not provide legal advice; please consult

your attorney for guidance. Services are not valid after coverage terminates. Please contact your Unum representative for details.

Insurance products are underwritten by the subsidiaries of Unum Group.

unum.com

© 2018 Unum Group. All rights reserved. Unum is a registered trademark and marketing brand of Unum Group and its insuring subsidiaries.

Don't forget this travel essential!

Pack your worldwide emergency travel assistance phone number and leave travel worries at home



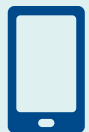
Whether traveling for business or pleasure, one phone call connects you to:



- Multi-lingual, medically certified crisis management professionals
- A state-of-the-art global response operations center
- Qualified medical providers around the world

With the Assist America Mobile App, you can:

- Call Assist America's Operation Center from anywhere in the world with the touch of a button
- Access pre-trip information and country guides
- Search for local pharmacies (U.S. only)
- Download a membership card
- View a list of services
- Search for the nearest U.S. embassy
- Read Assist Alerts



Download and activate the app today from the Apple App Store or Google Play.

Reference Number:
01-AA-UN-762490

If you experienced a medical emergency while traveling, would you know who to call?

Whenever you travel 100 miles or more from home — to another country or just another city — be sure to pack your worldwide emergency travel assistance phone number! Travel assistance speaks your language, helping you locate hospitals, embassies and other “unexpected” travel destinations. Add the number to your cell phone contacts, so it's always close at hand! Just one phone call connects you and your family to medical and other important services 24 hours a day.

Use your travel assistance phone number to access:

- Hospital admission assistance*
- Emergency medical evacuation
- Prescription replacement assistance
- Transportation for a friend or family member to join a hospitalized patient
- Care and transport of unattended minor children
- Assistance with the return of a vehicle
- Emergency message services
- Critical care monitoring
- Emergency trauma counseling
- Referrals to Western-trained, English-speaking medical providers
- Legal and interpreter referrals
- Passport replacement assistance

24/7 services anywhere in the world

Unum's travel assistance services are provided by Assist America, Inc., a leading provider of global emergency assistance services through employee benefit plans. Assist America's medically certified personnel are ready to help 24 hours a day, 365 days a year, and can connect you with pre-qualified, English-speaking and Western-trained medical providers anywhere in the world.

MORE You can access travel assistance services through the **phone number on your travel assistance wallet card**. If you have misplaced your card, contact your human resources department and ask for a replacement.



For reference only. Not actual card.

Travel assistance FAQs

- Q.** Which countries can I travel to?
- A.** Assist America's services have no geographical exclusions. Its worldwide network stands ready to help wherever your travels take you.
- Q.** Is my family covered?
- A.** Your spouse and dependent children up to age 19 (or the age specified by your medical plan) are covered. Spouses and children traveling on business for their employers are not eligible to access these services during those trips.
- Q.** Are pre-existing conditions excluded?
- A.** No. Whether your medical emergency is the result of a new or pre-existing condition, Assist America's trained representatives will help you find qualified medical care and facilities.
- Q.** What about sports-related injuries?
- A.** Whether you've been involved in recreational or extreme sporting, worldwide emergency travel assistance will provide support for all your medical needs.
- Q.** Who pays for the services I use if I have a travel emergency?
- A.** Assist America arranges and pays for 100% of the services the company provides, with no caps or charge-backs to either you or your employer. But you must call Assist America first — you can't be reimbursed for services you arrange on your own.

* Hospital admission is coordinated by Assist America, Inc. It may require a validation of your medical insurance or an advance of funds to the foreign medical facility. You must repay any expenses related to emergency hospital admissions to Assist America, Inc. within 45 days. Worldwide emergency travel assistance services, provided by Assist America, Inc., are available with select Unum insurance offerings. Terms and availability of service are subject to change and prior notification requirements. Services are not valid after coverage terminates. Please contact your Unum representative for details. All emergency travel assistance must be arranged by Assist America, which pays for all services it provides. Medical expenses such as prescriptions or physician, lab or medical facility fees are paid by the employee or the employee's health insurance.

Insurance products underwritten by the subsidiaries of Unum Group.

unum.com

© 2017 Unum Group. All rights reserved. Unum is a registered trademark and marketing brand of Unum Group and its insuring subsidiaries.



EMERGENCY TRANSPORTATION COSTS

MASA MTS is here to protect its members and their families from the shortcomings of health insurance coverage by providing them with comprehensive financial protection for lifesaving emergency transportation services, both at home and away from home.

Many American employers and employees believe that their health insurance policies cover most, if not all ambulance expenses. The truth is, they DONOT!

Even after insurance payments for emergency transportation, you could receive a bill up to \$5,000 for ground ambulance and as high as \$70,000 for air ambulance. The financial burdens for medical transportation costs are very real.



HOW MASA IS DIFFERENT

Across the US there are thousands of ground ambulance providers and hundreds of air ambulance carriers. ONLY MASA offers comprehensive coverage since MASA is a PAYER and not a PROVIDER!

ONLY MASA provides over 1.6 million members with coverage for **BOTH ground ambulance and air ambulance transport, REGARDLESS of which provider transports them.**

Members are covered ANYWHERE in all 50 states and Canada!

Worldwide coverage is also available with our Platinum Membership.

Additionally, MASA provides a repatriation benefit: if a member is hospitalized more than 100 miles from home, MASA can arrange and pay to have them transported to a hospital closer to their place of residence.



Any Ground. Any Air. Anywhere.™

OUR BENEFITS

Benefit *	Platinum \$39/Month	Emergent Plus \$14/Month
Emergent Ground Transportation	U.S./Canada	U.S./Canada
Emergent Air Transportation	U.S./Canada	U.S./Canada
Non-Emergent Air Transportation	Worldwide	U.S./Canada
Repatriation	Worldwide	U.S./Canada
Escort Transportation	Worldwide	
Mortal Remains Transportation	Worldwide	
Visitor Transportation	BCA**	
Minor Children/Grandchildren Return	BCA**	
Vehicle Return	BCA**	
Pet Return	BCA**	
Organ Retrieval	U.S./Canada	
Organ Recipient Transportation	U.S./Canada	



A MASA Membership prepares you for the unexpected and gives you the peace of mind to access vital emergency medical transportation no matter where you live, for a minimal monthly fee.

- One low fee for the entire family
- NO deductibles
- NO health questions
- Easy claim process

For more information, please contact Jaran Floyd or Brice Calahan

830-377-8637 | Jfloyd@masamts.com
956-252-6818 / Bcalahan@masamts.com

EVERY FAMILY DESERVES A MASA MEMBERSHIP

* Please refer to the MSA for a detailed explanation of benefits and eligibility.

** Basic Coverage Area (BCA) includes U.S., Canada, Mexico, and Caribbean (excluding Cuba).

EMERGENT PLUS MEMBERSHIP BENEFITS

Emergent Air Transportation



In the event of a serious medical emergency, Members have access to emergency air transportation into a medical facility or between medical facilities. Please see your Member Services Agreement for the complete terms, conditions and limitations of this benefit.

Emergent Ground Transportation



In the event of a serious medical emergency, Members have access to emergency ground transportation into a medical facility or between medical facilities. Please see your Member Services Agreement for the complete terms, conditions and limitations of this benefit.

Non-Emergent Inter-Facility Transportation



In the event that a member is in stable condition in a medical facility but requires a heightened level of care that is not available at their current medical facility, Members have access to non-emergent air or ground transportation between medical facilities. Please see your Member Services Agreement for the complete terms, conditions, and limitations of this benefit.

Repatriation/Recuperation



In the event that a Member is hospitalized more than 100-miles from their home, Members have access to air or ground medical transportation into a medical facility closer to Member's home for the purposes of recuperation. Please see your Member Services Agreement for the complete terms, conditions and limitations of this benefit.

Did You Know?

16-Million people are sent to the emergency room through a ground or air ambulance every year.*

Insurance companies typically **DO NOT** cover all air and ground ambulance expenses which can result in a bill in excess of \$60,000.

Emergent Ground Ambulance transports can cost as much as

\$5,000



Non-Emergent Air Medical transports can cost more than

\$20,000



Emergent Air Ambulance transports often cost more than

\$60,000



MASA MTS PROVIDES ULTIMATE PEACE OF MIND

Trust MASA MTS to provide you and your family peace of mind against the financial burden of medical transport bills by enrolling in a MASA MTS membership at an affordable **GROUP RATE**.

*SOURCE: National Hospital Ambulatory Medical Care Survey

The descriptions of the services offered by MASA are for marketing purposes only and do not represent the terms and conditions contained within each applicable Member Services Agreement. Please review the applicable Member Services Agreement for the completed terms and conditions of any service offered by MASA.

The Ultimate Peace of Mind for Employees and Their Families

The Harrison's Story




- Jim and his family were at a local festival when his daughter, Sara, suddenly began experiencing horrible abdominal and back pain, after a fall from earlier in the day.
- His wife, Heather, called 911 and Sara was transported to a local hospital, where it was decided that she needed to be flown to another hospital.
- Upon arrival, Sara underwent multiple procedures and her condition was stabilized.
- After further testing, it was discovered that Sara needed additional specialized treatment at another hospital requiring transport on a non-emergent basis.



Based on a true story. Names were changed to protect identities in compliance with HIPAA.



And then, the Bills came!

		As a MASA Member	If a Non-MASA Member	
		Sara would pay*	If In-Network**	If Out-of-Network**
911 Ground Ambulance Cost: \$1,800		\$0	\$300	\$1,600
Emergent Air Ambulance Cost: \$45,000		\$0	\$4,000	\$30,000
Non-Emergent Air Transport† Cost: \$20,000		\$0	\$20,000	\$20,000
Total Out-of-Pocket Cost		\$0	\$24,300	\$51,600

*Benefit is dependent on Membership Enrolled.

**Out-of-pocket dollars vary dependent on provider, distance, health plan design, current status of deductible and out-of-pocket max. These figures are an example of the costs one may incur.

†More and more health plans are not covering interfacility transports on a non-emergent basis.

Any Ground. Any Air. Anywhere.™

No matter how comprehensive your local in-network coverage may be, you still have significant exposure to out-of-network emergency transportation. Moreover, when you and your family travel outside your area, there is an 80% chance of being picked up by an out-of-network provider.

A MASA Membership prepares you for the unexpected. ONLY MASA MTS provides you with:

- **Coverage ANYWHERE** in all 50 states and Canada whether at home or away
- Coverage for BOTH emergent ground ambulance and air ambulance transport **REGARDLESS of the provider**
- **Non-emergent transport services**, which are frequently covered inadequately by your insurance, if at all

For more information, please contact your local MASA MTS representative or visit www.masamts.com



Have You Ever

- Needed your Will prepared or updated?
- Signed a contract?
- Received a moving traffic violation?


- Worried about being a victim of identity theft?
- Been concerned about your child's identity?
- Lost your wallet?

The LegalShield Membership Includes:

- **Dedicated Law Firm** Direct access, no call center
- **Legal Advice/Consultation** on unlimited personal issues
- **Letters/Calls** made on your behalf
- **Contracts/Documents Reviewed** up to 15 pages
- **Residential Loan Document Assistance** for the purchase of your primary residence
- **Will Preparation** - Will/Living Will/Health Care Power of Attorney
- **Speeding Ticket Assistance** (15 day waiting period)
- **IRS Audit Assistance** (begins with the tax return due April 15th of the year you enroll)
- **Trial Defense** (if named defendant/respondent in a covered civil action suit)
- **Uncontested Divorce, Separation, Adoption and/or Name Change Representation** (available 90 days after enrollment)
- **25% Preferred Member Discount** (bankruptcy, criminal charges, DUI, personal injury, etc.)
- **24/7 Emergency Access** for covered situations

The IDShield Membership Includes:

- **Continuous Credit Monitoring** IDShield continuously monitors your credit report. If changes occur, you'll receive an instant alert.
- **High Risk Application and Transaction Monitoring** We monitor the largest proprietary database of new account application data to detect potentially fraudulent new accounts when an application is submitted.
- **Dark Web Monitoring** Monitors your Personally Identifiable Information (PII) across the dark web, where criminals purchase personal data.
- **Username/Password (Credential) Monitoring** This powerful feature helps protect against takeovers of your social, financial and other online accounts.
- **Identity Threat and Credit Threat Alerts** You'll receive a threat alert if your PII is found.
- **Unlimited Consultation** On any cyber security issue.
- **Full-Service Restoration** Our Licensed Private Investigators will work tirelessly to restore your identity to its pre-theft status.
- **24/7 Emergency Access** We're here in the event of an identity theft emergency.

 Put your law firm and identity theft protection in the palm of your hand with the LegalShield & IDShield Plus mobile apps

Plan	Family Price	Individual Price
LegalShield		
IDShield		
Combined		

Prepared for:

For more information, contact your Independent Associate:

LegalShield legal plans cover the member; member's spouse; never married dependent children under 26 living at home; dependent children under the age 18 for whom the member is the legal guardian; never married dependent children up to age 26 if a full-time college student; or physically or mentally disabled dependent children. IDShield is a product of Pre-Paid Legal Services, Inc. d/b/a LegalShield ("LegalShield"). LegalShield provides access to identity theft protection and restoration services. For complete terms, coverage and conditions, please see www.idshield.com. All Licensed Private Investigators are licensed in the state of Oklahoma. IDShield plans are available at individual or family rates. A family rate covers the member, member's spouse and up to 10 dependents up to the ages 18. It also provides consultation and restoration for dependent children age 18 to 26. This is a general overview and is for illustrative purposes only. Plans and services vary from state to state. See plan details for your state of residence for complete terms, coverage, amounts, conditions and limitations.

Need help with healthcare?

We've got your lifeline.

Introducing Health Advocacy, Medical Bill Saver™ and Telemedicine services, now part of your Aflac plan.



We've enhanced your plan without adding cost.

Now, if you have Aflac Group Critical Illness, Group Accident or Group Hospital Indemnity plans, you also have access to three new services that make it easier to access care, reduce out-of-pocket medical expenses and navigate the healthcare system with greater ease:

- **Get answers and expert help** with Health Advocacy from Health Advocate.
- **Let advocates negotiate** your medical bills with Medical Bill Saver™, also from Health Advocate
- **Connect with health providers** via phone, app or online with MeMD.

These three services are now embedded in your group plan. Best of all, you can start using them as soon as your Aflac coverage starts.

**SERVICES
AVAILABLE AS
SOON AS YOUR
COVERAGE
STARTS**

Start using Health Advocacy and Medical Bill Saver™ from Health Advocate and Telemedicine from MeMD when your coverage begins.

Questions? Call 855-423-8585

**DID YOU
KNOW?**

You can also use Health Advocate's Health Advocacy and Medical Bill Saver™ services for your spouse, dependent children, parents and parents-in-law, while Telemedicine is available for you and your family.

Get more without spending more.



More than just peace of mind. Health Advocacy from Health Advocate



You have 24/7 access to Personal Health Advocates who start helping from the first call:

- Find doctors, dentists, specialists, hospitals and other providers
- Schedule appointments, treatments and tests
- Resolve benefits issues and coordinate benefits
- Assist with eldercare issues, Medicare and more
- Help transfer medical records, lab results and X-rays
- Work with insurance companies to obtain approvals and clarify coverage



More than just cash benefits. Medical Bill Saver™ from Health Advocate

Aflac already pays claims quickly. Now, with Medical Bill Saver™, Health Advocate professionals also help you negotiate medical bills not covered by health insurance:

- Just send in your medical and dental bills of \$400 or more
- They contact the provider to negotiate a discount
- Negotiations can lead to a reduction in out-of-pocket costs
- Once an agreement is made, the provider approves payment terms and conditions
- You get an easy-to-read personal Savings Result Statement, summarizing the outcome and payment terms



More than just care. Telemedicine from MeMD

You can quickly connect with board-certified, U.S. licensed health providers online for 24/7/365 access to medical care — fast:

- Create your account at www.MeMD.me/AflacStandard using your email address for the member ID and email fields.
- When you have a health issue, log on and request a provider consultation
- You can request consultations via webcam, app or phone
- Get ePrescriptions, referrals and more
- Use it for a range of health issues, from allergies and colds to medication refills
- \$25.00 per visit!

Medical Bill Saver has restrictions for negotiations on in-network deductibles and co-insurance in Arizona, Colorado, District of Columbia, Illinois, Indiana, New Jersey, New York, North Carolina, Ohio, South Dakota, Texas, Utah and Vermont.

Telemedicine by MeMD

Continental American Insurance Company (CAIC), a proud member of the Aflac family of insurers, is a wholly-owned subsidiary of Aflac Incorporated and underwrites group coverage. CAIC is not licensed to solicit business in New York, Guam, Puerto Rico, or the Virgin Islands. For groups situated in California, group coverage is underwritten by Continental American Life Insurance Company.

aflacgroupinsurance.com | 1.800.433.3036

Continental American Insurance Company | Columbia, South Carolina



Wave goodbye to the waiting room

With MeMD, care is just a click away

Not feeling so great? Avoid the waiting room and get care right where you are — from your phone or computer. Introducing MeMD, brought to you by Aflac.

With MeMD telehealth services, you can connect to a board-certified, U.S.-licensed medical provider, or licensed behavioral health specialist, from almost any location. Day and night. Weekends and holidays. All using your phone or computer. You'll get a confidential diagnosis along with a personalized treatment plan, including prescriptions* for common medications when medically necessary. Best of all, your family members can use the program as well.



Activate and log in to your account

at www.MeMD.me/AflacStandard, using your email address for the member ID and email fields.



Consult a physician, PA, nurse practitioner or licensed behavioral health specialist

in real time by video or phone, using the MeMD app. Visit fee varies by service type.



Prescription for common medicines,

if medically necessary, will be submitted electronically by MeMD to your pharmacy of choice.*



Connect with a board-certified, U.S.-licensed medical provider or behavioral health specialist.



Aflac has entered into a marketing alliance with MeMD whereby MeMD may provide telehealth services from MeMD to individuals who are employees of accounts that choose to make MeMD available to them. Other than this marketing alliance, Aflac and MeMD are not affiliated in any way. Aflac makes no representations or warranties regarding MeMD's products or services, and is not responsible for any products or services provided by MeMD. If you have questions regarding MeMD's products or services, please contact MeMD by calling 855-636-3669 or emailing solutions@memd.me. The complimentary telehealth services provided by MeMD is not available to employees of Aflac accounts located in ID, MD, MN, NY or PR. Telehealth services are not available to residents of ID or MN. Additional state restrictions may apply and benefits may vary by state. Customers will be responsible for a visit fee at time of each telehealth visit.

*When medically necessary, MeMD's providers (except therapists) can submit a prescription electronically for purchase and pick-up at your local participating pharmacy; however, MeMD providers cannot prescribe elective medications, narcotic pain relievers, or controlled substances. MeMD's providers are each licensed by the appropriate licensing board for the state in which they are providing services and all have prescriptive authority for each of the states in which they are licensed.

Aflac VVWHQ | 1932 Wynnton Road | Columbus, GA 31999.



Use your phone or computer to get treatment for:



Abrasions, bruises, minor headaches, arthritic pains.



Allergies, hives, skin infections, bites and stings.



Colds, fever, sore throat, cough, congestion.



Diarrhea, vomiting, nausea, urinary tract infections.



Eye infections, conjunctivitis, body aches.



Medication refills (short-term)* and more.



Addiction, anxiety, bipolar disorder, depression, divorce and more.



Telepsychiatry, talk therapy services and teen therapy.†

Download the MeMD app



It's even easier to get on-demand access to U.S.-licensed, board-certified medical providers with MeMD's app. After activating your online account, search MeMD in the app store to download it on your Android or Apple device today.**

Avoid the waiting room. Call on MeMD.

Call: 855.636.3669 or Visit: www.MeMD.me/AflacStandard.

**If you have already created a MeMD® account and are being charged an incorrect price, call MeMD's care coordination team at 1-855-636-3669 to update.

† Service availability and age restrictions vary by state.



Behavioral Health Services – a health benefit for the modern world

Online therapy is personal, confidential and convenient – better yet, it helps improve lives at home and work. These online services are powered by MeMD and available through Aflac:

Telepsychiatry Services*

Filling gaps to provide the care you need

You have access to psychiatric providers that specialize in the diagnosis and treatment of mental health issues and can work with MeMD therapists to provide comprehensive care.

- Providers treat depression, anxiety, substance abuse, trauma, mood disorders and other mental and emotional concerns.
- Growing network of state-licensed, NCQA-credentialed psychiatrists and psychiatric nurse practitioners.
- Visit with psychiatric provider can be conducted via phone or video. There are no state requirements for this program.
- MeMD providers work with your primary care physicians and other providers to prescribe medications for behavioral health-related conditions, as needed. Lab work is typically required prior to prescribing, and can be requested directly from a MeMD-licensed provider.

How to use this service

- Log on to MeMD's app or website to schedule your initial 45-minute session.
- Use a computer or mobile device to connect with a psychiatry provider who designs a treatment plan that may include talk therapy, medications, psychosocial interventions and other treatments, depending on your needs.
- Follow-up sessions to manage medications and evaluate progress are 15 minutes.
- \$195 for the initial visit; \$95 for follow-ups.



Value-Added
Services



Talk Therapy Services

Providing access to the support you need

This solution gives you access to high-quality, convenient and confidential mental health services, so you can get the support you need. Teletherapy overcomes limitations of geography, limited provider networks and the perceived stigma of seeking mental health treatment. MeMD's national provider network includes licensed professional counselors, licensed clinical social workers, licensed marriage and family therapists, and other equivalent licensed professionals.

- Using a computer or mobile device, you can connect with a therapist from the privacy of your home or wherever else you choose.
- Jointly develop a treatment plan with your therapist to address your specific needs with mutually agreed upon goals.
- Outcome-based care is built into the program with the Behavioral Health Assessment, a multidimensional assessment tool that benchmarks progress and improvement.

Teen Therapy Services*

Offering you the tools you need to help your children

MeMD's teen teletherapy program gives you access to the mental healthcare your children need. Teletherapists treat depression, anxiety, body image concerns, eating disorders, bullying, peer conflict, drug and alcohol use, self-harm behaviors and other common adolescent issues.

- National network of state-licensed, NCQA-credentialed mental health providers specializing in child and adolescent therapy.
- Parents can connect their children to a therapist in as few as 24 hours. This is critical for kids in need.
- Consults take place online or by phone, as children are often more comfortable with video vs. in-person visits.
- Available for children ages 10-17.*

How it works

- Log onto MeMD's app or website to schedule a 50-minute session for your child.
- Using a computer or mobile device, you and your child connect with a therapist. Parents always participate in the first visit.
- Together, the therapist, you and your child, will jointly develop a treatment plan to address the child's specific needs with mutually agreed upon goals.
- If desired, children can speak with the same therapist throughout their treatment.
- \$65 per visit.

Visit memd.me/aflacstandard to activate your MeMD account.

Aflac has entered into a marketing alliance with MeMD whereby MeMD may provide up to one year of complimentary telehealth services from MeMD to individuals who are employees of accounts that choose to make MeMD available to them. Other than this marketing alliance, Aflac and MeMD are not affiliated in any way. Aflac makes no representations or warranties regarding MeMD's products or services, and is not responsible for any products or services provided by MeMD. If you have questions regarding MeMD's products or services, please contact MeMD by calling 855-636-3669 or emailing solutions@memd.me. The complimentary telehealth services provided by MeMD is not available to employees of Aflac accounts located in ID, MD, MN, NY or PR. Telehealth services are not available to residents of ID or MN. Additional state restrictions may apply and benefits may vary by state. Customers will be responsible for a visit fee at time of each telehealth visit.

When medically necessary, MeMD's providers (except therapists) can submit a prescription electronically for purchase and pick-up at your local participating pharmacy; however, MeMD providers cannot prescribe elective medications, narcotic pain relievers, or controlled substances. MeMD's providers are each licensed by the appropriate licensing board for the state in which they are providing services and all have prescriptive authority for each of the states in which they are licensed.

*Service availability and age restrictions vary by state.

Aflac | WWHQ | 1932 Wynnton Road | Columbus, GA 31999.

Z191214R1

EXP 5/21

CANCER CARE

Aflac for City of Mission Employees

In the fight against cancer, you have an ally.

When you receive a cancer diagnosis, it can be not only emotionally devastating, but financially overwhelming as well. That's why Aflac developed Cancer Care insurance, a simple way to help protect your financial health when the unthinkable happens.

Aflac lets you focus on recovery, not unforeseen expenses.

Thanks to advances in science and treatment, more and more Americans are living with cancer.¹ But cancer is one of the most expensive medical conditions to treat in the United States.² Major medical insurance may not cover the cost of things like deductibles, co-pays, lost work time, or even travel. Aflac Cancer Care gives you extra cash to help deal with the unexpected expenses associated with cancer.

In addition to delivering cash benefits, Aflac offers:

- One Day Pay,SM only from Aflac³
- Cash benefits paid to directly to you⁴ to use as you see fit
- Guaranteed renewable as long as the premium is paid
- Cash wellness benefit you can use even for routine, preventative care



Cancer stats you need to know:

FACT NO. 1



MEN HAVE
A SLIGHTLY
LESS THAN

1 IN 2

LIFETIME RISK OF DEVELOPING CANCER IN
THE UNITED STATES.⁵

FACT NO. 2



WOMEN HAVE
A SLIGHTLY
MORE THAN

1 IN 3

LIFETIME RISK OF DEVELOPING CANCER IN
THE UNITED STATES.⁵

We're here with standout protection throughout your treatment.

Aflac Cancer Care pays you a cash benefit⁴ upon initial diagnosis of a covered cancer, with other benefits payable throughout cancer treatment. You can use these benefits for any out-of-pocket medical expenses you may have, including daily life expenses, such as rent, mortgage, groceries or bills — it's your choice.

This information refers to benefit ranges for Policy Series A78000 and is for illustrative purposes only. The table below is not a comprehensive list of all benefits available through the policy. Please refer to the product brochure or benefit summary for a more detailed list of all benefits.

Aflac Cancer Care benefits ⁶	
Benefit	Cancer Care: Preferred – Premier levels (Policies A78100–78400). Benefit depends on level of coverage purchased.
Cancer Wellness Benefit	\$25–\$100 per year, per covered person
Initial Diagnosis Benefit	\$300–\$900 per week; no lifetime max
Injected Chemotherapy Benefit	\$300–\$900 per week; no lifetime max
Non-hormonal Oral Chemotherapy Benefit	\$135–\$400 per prescription, per month from \$405–\$1,200 max per month for Oral/Topical Benefit. Up to 3 different meds per calendar month
Radiation Therapy Benefit	\$175–\$500 per week; no lifetime max
Anti-nausea Benefit	\$50–\$150 per month; no lifetime max
Surgical/Anesthesia Benefit	\$50–\$5,000 (Anesthesia: additional 25% of Surgical Benefit); maximum daily benefit not to exceed \$2,125–\$6,250; no lifetime max on number of operations
Skin Cancer Surgery Benefit	\$20–\$600; no lifetime max on number of operations
Hospital Confinement Benefit:	
• Hospitalization for 30 days or less	• Insured/Spouse: \$100–\$300 per day; Dependent Child: \$125–\$375 per day; no lifetime max
• Hospitalization for Days 31+	• Insured/Spouse: \$200–\$600 per day; Dependent Child: \$250–\$750 per day; no lifetime max
Outpatient Hospital Surgical Room Charge Benefit	\$100–\$300; no lifetime max on number of operations

¹ Progress Against Cancer – 2019 Annual Plan, National Cancer Institute. <https://www.cancer.gov/about-nci/budget/plan/progress>. Accessed: November 13, 2017.

² National Cancer Institute: Financial Toxicity (Financial Distress) and Cancer Treatment - Patient Version, November 3, 2017 <https://www.cancer.gov/about-cancer/managing-care/track-care-costs/financial-toxicity-pdq>. Accessed: January 22, 2018.

³ One Day PaySM is available for certain individual claims submitted online through the Aflac SmartClaim[®] process. Claims may be eligible for One Day Pay processing if submitted online through Aflac SmartClaim[®], including all required documentation, by 3 p.m. ET. Documentation requirements vary by type of claim; please review requirements for your claim(s) carefully. Aflac SmartClaim[®] is available for claims on most individual Accident, Cancer, Hospital, Specified Health, and Intensive Care policies. Processing time is based on business days after all required documentation needed to render a decision is received and no further validation and/or research is required. Individual Company Statistic, 2017.

⁴ Unless otherwise assigned.

⁵ Cancer Facts & Figures 2017, American Cancer Society.

⁶ In Texas, Policies A78100TX -A78400TX. This is a brief product overview only. Benefit amounts shown are ranges for coverage levels 1-4. Benefits/premium rates may vary based on plan selected. Optional riders are available at an additional cost. The policy has limitations and exclusions that may affect benefits payable. Refer to the policy for complete details, limitations, and exclusions. For costs and complete details of the coverage, please contact your local Aflac agent.

Coverage is underwritten by American Family Life Assurance Company of Columbus.

Worldwide Headquarters: 1932 Wynnton Road | Columbus, GA 31999



SHORT-TERM DISABILITY

Aflac for City of Mission Employees

Financial protection that works. Even when they can't.

Your income is an important part of your life. So you'll want to make sure it's protected in case you're ever unable to work. While no one plans on becoming disabled, you can prepare for the unexpected and have a plan in place to help cover your daily living expenses while you're out-of-work. That's where **Aflac Short-Term Disability** insurance can help make the difference—the difference that means you will have a portion of your income to help take care of your bills while you're taking care of yourself.

Let us help you have peace of mind for the worst times.

Now, taking time off from work won't take such a toll on your ability to support your family. With **Aflac Short-Term Disability**, you receive a cash benefit for every day you're disabled.¹

In addition to delivering cash benefits, Aflac offers:

- **Fast claims payment** — as fast as four days²
- **Cash benefits** paid directly to you to use as they see fit³
- **Portable** — You can take the plan with you wherever you go



A convenient plan to help you cover short-term expenses.

Aflac Short-Term Disability helps protect your income in the event of injury or illness. It provides coverage options that allow you to choose the plan that's right for you, based on your financial requirements and income.

This information refers to benefit ranges for Policy Series A57600 and is for illustrative purposes only. The table below is not a comprehensive list of all benefits available through the policy. Please refer to the product brochure or benefit summary for a more detailed list of benefits.

Aflac Short-Term Disability benefits ⁴	
Benefit	Description
Guaranteed-Issue Options	<ul style="list-style-type: none"> • Monthly benefit amounts up to \$4,000 (subject to income requirements) • Benefit periods: 3 or 6 months
Total Disability Benefit Periods	6, 12, 18, or 24 months
Elimination Periods	<p>Injury/Sickness</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0/7 days • 14/14 days • 90/90 days • 0/14 days • 0/30 days • 180/180 days • 7/7 days • 30/30 days • 7/14 days • 60/60 days
Minimum Income and Hours Requirement	<ul style="list-style-type: none"> • Minimum annual income requirement: \$9,000 • Minimum weekly hours requirement: 19 hours
Monthly Benefit Amounts	\$500-\$6,000 (subject to income requirements)
Partial Disability Benefit Period	6 months
Waiver of Premium Benefit	<ul style="list-style-type: none"> • Aflac will waive, from month to month, the premium for the policy and any applicable rider(s) for as long as the insured is disabled, up to the applicable benefit period shown in the policy schedule. • Not available with a three-month total disability period.
Portable	Policyholders can take coverage with them if they change jobs or retire.
Total and Partial Disability Benefits	Pays for either a total or partial disability. Even if the insured is able to work, partial disability benefits may be available to compensate for lost income.
Guaranteed Renewable	Guaranteed renewable to age 75.
Available Riders	
• On-the-Job Injury	• Additional Units of Disability Benefit
	• Aflac Plus

¹Benefit subject to benefit period and elimination period.

²Aflac processes most claims in about four days. Processing time is based on business days after all required documentation needed to render a decision is received and no further validation and/or research is required. Aflac Company Statistics, YE 2017.

³Unless otherwise assigned.

⁴In Texas, Policies A57600TX and A57600LBTX. This is a brief product overview only. Benefits/premium rates may vary based on plan selected. Optional riders are available at an additional cost. The policy has limitations and exclusions that may affect benefits payable. Refer to the policy for complete details, limitations, and exclusions. For costs and complete details of the coverage, please contact your local Aflac agent.

Coverage is underwritten by American Family Life Assurance Company of Columbus.

ACCIDENT ADVANTAGE

Aflac for City of Mission Employees

Accidents happen. Make sure you are prepared.

Peace of mind doesn't happen by accident. It occurs when you **have a plan that helps protect you in the event of the unexpected** — such as a fall on the front steps or when a child gets hurt at soccer. But when an injury does occur, we can help you stay in control of the costs with Aflac Accident Advantage.

Now you can focus on recovery instead of bills.

Even if you have major medical insurance, you may still have **out-of-pocket expenses** such as deductibles, co-pays and other costs. Aflac Accident Advantage pays cash benefits directly to you¹ so you can use for any expense, from groceries to bills. Best of all, it comes from Aflac, a name families have trusted for more than 60 years.

In addition to delivering cash benefits, Aflac offers:

- **One Day Pay**,SM only from Aflac²
- **Cash benefits** paid directly to you to use as they see fit
- **Portable** – You can take the plan with you wherever you go
- **A wellness benefit** you can use for routine, preventative care



Being prepared for whatever life brings is no accident.

The financial fallout from accidents is often surprising. Aflac Accident Advantage can help you pay for the unexpected costs, so you can focus on getting better.

This information refers to benefit ranges for Policy Series A36000 and is for illustrative purposes only. The table below is not a comprehensive list of all benefits available through the policy. Please refer to the product brochure or benefit summary for a more detailed list of benefits.

Aflac Accident Advantage benefits ³	
BENEFIT	ACCIDENT ADVANTAGE (24-HOUR) OPTIONS 1-4
Accident Treatment	<ul style="list-style-type: none"> • \$130-\$200 ER w/ X-ray • \$80-\$150 Office w/ X-ray • \$100-\$170 ER no X-ray • \$50-\$120 Office no X-ray
Wellness	\$60 per calendar year, per policy
Organized Sporting Activity	Additional 25 percent of benefits payable up to \$1,000 per policy, per calendar year
Initial Accident Hospitalization	<ul style="list-style-type: none"> • \$500-\$1,500 regular hospital admission • \$750-\$2,500 ICU admission
Accident Hospital Confinement	\$150-\$300 per day, up to 365 days
ICU Confinement	\$300-\$500, up to 15 days
Ambulance	\$120-\$250 ground, \$800-\$1,875 air
Appliances	\$25-\$350
Accident Follow-up Treatment	\$25-\$40, up to six
Therapy (Physical, Speech & Occupational)	\$25-\$40, up to 10
Accident Specific Sum Injuries	\$20-\$13,000
Blood/Plasma/Platelets	\$100-\$300
Major Diagnostic/Imaging Exams (MRI, CT Scan, etc.)	\$100-\$250, one per person, per calendar year
Prosthesis-New/Repair-Replacement	\$375-\$1,000/\$375-\$1,000
Rehabilitation Facility	\$75-\$200 per day
Home Modification	\$1,000-\$4,000
Accidental-Death	\$5,000-\$200,000
Accidental-Dismemberment	\$200-\$50,000
Family Support	\$20 per day, up to 30 days
Continuation of Coverage	After six months, waive up to two months
Waiver of Premium	36 months
Transportation	\$200-\$700 per trip, up to three per year (>50 miles)
Family Lodging	\$75-\$150 per night, up to 30 days (>50 miles)
Available Riders	
Additional Accidental-Death Benefit	\$7,000-\$35,000
Aflac Plus	Yes

¹ Unless otherwise assigned.

² One Day PaySM is available for certain individual claims submitted online through the Aflac SmartClaim[®] process. Claims may be eligible for One Day Pay processing if submitted online through Aflac SmartClaim[®], including all required documentation, by 3 p.m. ET. Documentation requirements vary by type of claim; please review requirements for your claim(s) carefully. Aflac SmartClaim[®] is available for claims on most individual Accident, Cancer, Hospital, Specified Health, and Intensive Care policies. Processing time is based on business days after all required documentation needed to render a decision is received and no further validation and/or research is required. Individual Company Statistic, 2017.

³ In Texas, Policies A36100TX - A36400TX & A3630FTX. This is a brief product overview only. Benefit amounts shown are ranges for Options 1-4. Benefits/premium rates may vary based on plan selected. Optional riders are available at an additional cost. The policy has limitations and exclusions that may affect benefits payable. Refer to the policy for complete details, limitations, and exclusions. For costs and complete details of the coverage, please contact your local Aflac agent.

Coverage is underwritten by American Family Life Assurance Company of Columbus.

WWHQ | 1932 Wynnton Road | Columbus, GA 31999



CRITICAL ILLNESS

Chances are you know someone who's been diagnosed with a critical illness such as a heart attack (myocardial infarction) or stroke. You can't help but notice the strain it's placed on the person's life—both physically and emotionally. What's not so obvious is the impact on that person's personal finances. While the person is busy getting well, the bills may continue to pile up.

WOULD YOU HAVE THE MONEY TO COVER THE OUT-OF-POCKET EXPENSES SUCH AS:

- Transportation to a distant medical facility.
- Specialized treatment costs.
- Living expenses like rent, mortgage, and utility bills.

IT'S INSURANCE FOR DAILY LIVING:

Aflac pays cash benefits directly to you, unless otherwise assigned. This means that you will have added financial resources to help with medical costs or ongoing living expenses. Aflac group critical illness insurance plans are designed to provide you with cash benefits, such as the following:

- Pays a lump sum benefit for a covered critical illness such as a heart attack and stroke.

ENROLL TODAY

Ask your Aflac agent how group critical illness insurance can help you. Remember, we're always by your side. And you're always under our wing.



This is a brief product overview only. The plan has limitations and exclusions that may affect benefits payable. Refer to the plan for complete details, limitations, and exclusions.

Notice to Consumer: The coverages provided by Continental American Insurance Company (CAIC) represent supplemental benefits only. They do not constitute comprehensive health insurance coverage and do not satisfy the requirement of minimum essential coverage under the Affordable Care Act. CAIC coverage is not intended to replace or be issued in lieu of major medical coverage. It is designed to supplement a major medical program.

Continental American Insurance Company (CAIC), a proud member of the Aflac family of insurers, is a wholly-owned subsidiary of Aflac Incorporated and underwrites group coverage. CAIC is not licensed to solicit business in New York, Guam, Puerto Rico, or the Virgin Islands. For groups situated in California, group coverage is underwritten by Continental American Life Insurance Company. For groups situated in New York, coverage is underwritten by American Family Life Assurance Company of New York.

Continental American Insurance Company • Columbia, South Carolina

SHI^G

HOSPITAL INDEMNITY

As health care costs continue to rise, you are responsible for paying more and more out-of-pocket costs with every accident and illness. Aflac is designed to help families plan for the health care bumps ahead and take some of the uncertainty and financial insecurity out of getting better.

How will you help protect your savings when you have a covered accident or sickness?

If you are confined to the hospital, major medical insurance will help with many medical expenses, but you could be left with out-of-pocket expenses. You could also lose pay while you're out of work. And you can be sure that the bills will keep coming. Aflac is here to help.



IT'S INSURANCE FOR DAILY LIVING:

Aflac pays cash benefits directly to you, unless otherwise assigned. This means that you will have added financial resources to help with medical costs or ongoing living expenses. Aflac group hospital indemnity insurance plans are designed to provide you with cash benefits to help with the following:

- Hospital Confinement Benefit
- Hospital Admission Benefit
- Hospital Intensive Care Benefit
- Intermediate Intensive Care Step-Down Unit
- Everyday living expenses, like your rent or mortgage, utility bills, groceries, and more
- It even provides coverage for newborn children for 60 days from the date of birth*

ENROLL TODAY

Learn how group hospital indemnity insurance can help you. Remember, we're always by your side. And you're always under our wing.



This is a brief product overview only. The plan has limitations and exclusions that may affect benefits payable. Refer to the plan for complete details, limitations, and exclusions.

* Applies to newly adopted children as well. Refer to the plan for complete details.

Notice to Consumer: The coverages provided by Continental American Insurance Company (CAIC) represent supplemental benefits only. They do not constitute comprehensive health insurance coverage and do not satisfy the requirement of minimum essential coverage under the Affordable Care Act. CAIC coverage is not intended to replace or be issued in lieu of major medical coverage. It is designed to supplement a major medical program.

Continental American Insurance Company (CAIC), a proud member of the Aflac family of insurers, is a wholly-owned subsidiary of Aflac Incorporated and underwrites group coverage. CAIC is not licensed to solicit business in New York, Guam, Puerto Rico, or the Virgin Islands. For groups situated in California, group coverage is underwritten by Continental American Life Insurance Company.

Continental American Insurance Company • Columbia, South Carolina



AFLAC PLUS RIDER

Aflac for City of Mission Employees

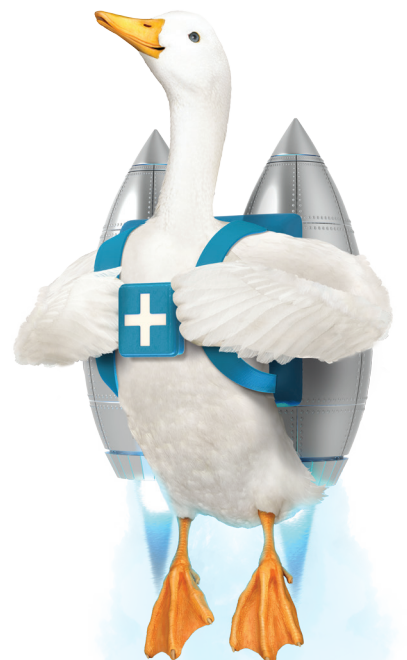
Pack on extra financial protection.

You probably have medical insurance. But, as health care costs rise, **your policies may require higher deductibles, copays and out-of-pocket maximums** than ever before. And that's not including expenses related to serious health events, such as a heart attack or Type 1 diabetes. That's where the Aflac Plus Rider comes in.

The Aflac Plus Rider adds extra cash payouts — up to \$5,000 — to existing/eligible Aflac Accident, Hospital Advantage and Short-Term Disability insurance policies. **It's a better way to help ensure your employees have an extra level of financial protection for what major medical may not cover.** Best of all, the average person pays just 72 cents a week¹ for this extra boost to their benefits.

In addition to delivering cash benefits, Aflac offers:

- **Fast claims payment** — as fast as four days²
- **Cash benefits paid directly to you³** to use as you see fit
- **Multiple tiers of benefits** to help protect you



Get more from your benefits for as little as 72 cents a week.²

The Aflac Plus Rider is affordable, and it's easy to add to your new or existing Aflac Accident Advantage, Accident Indemnity Advantage, Hospital Advantage or Short-Term Disability plans.⁴

This information refers to benefit ranges for Rider Series CIRIDER and is for illustrative purposes only. The table below is not a comprehensive list of all benefits available through the rider. Please refer to the product rider brochure or benefit summary for a more detailed list of all the benefits.

Aflac Plus Rider Benefits⁵

BENEFIT	BENEFIT DESCRIPTION
Tier One Critical Illness Event Benefit	<ul style="list-style-type: none"> • \$5,000 upon a covered person's onset date of one of the eligible illnesses. See product brochure for list of covered illnesses. • This benefit is payable once per covered person, per lifetime.
Subsequent Tier One Critical Illness Benefit	<ul style="list-style-type: none"> • \$2,500 upon a covered person's onset date of: • a recurrence of that same Tier One Critical Illness Event, or • an occurrence of a different Tier One Critical Illness Event. • Onset date of the subsequent Tier One Critical Illness Event must be 180 days or more from the onset date of any previously paid Tier One Critical Illness Event for such covered person. • Benefit is not payable on the same day as the Tier One Critical Illness Event Benefit.
Tier Two Critical Illness Event Benefit	<ul style="list-style-type: none"> • \$1,250 upon a covered person's onset date of one of the nine eligible illnesses. See product brochure for list of covered illnesses. • Benefit is not payable on the same day as the Tier One Critical Illness Event Benefit.
Coronary Artery Bypass Graft Surgery Benefit	<ul style="list-style-type: none"> • \$1,250 when a covered person undergoes coronary artery bypass graft surgery due to coronary artery disease or acute coronary syndrome. • This benefit is payable once per covered person, per lifetime.

¹ Average weekly premium for individual coverage (ages 18-29) for the rider is \$0.72. Premiums may vary by coverage type, account state of issue, and the election of additional/optional benefits.

² Processing time is based on business days after all required documentation needed to render a decision is received and no further validation and/or research is required.

³ Cash benefits are paid directly to policyholder, unless otherwise assigned.

⁴ Ability to add the Aflac Plus Rider to Aflac policies varies by state. Consult with your Aflac agent to learn which Aflac policies can add the Aflac Plus Rider.

⁵ This is a brief product overview only. Products and benefits vary by state and may not be available in some states. Premium rates may vary based on plan selected. The policy rider has limitations and exclusions that may affect benefits payable. Refer to the policy rider for complete details, limitations and exclusions. For costs and complete details of the coverage, please contact your local Aflac agent.

Coverage is underwritten by American Family Life Assurance Company of Columbus.

WWHQ | 1932 Wynnton Road | Columbus, GA 31999



LIFE SOLUTIONS – WHOLE LIFE

Aflac for City of Mission Employees

It's never easy to think about life insurance. But the burden of funeral expenses and bills can be significant. Don't wait until the unthinkable occurs: **help make sure you can financially protect your loved ones** with Aflac Life Solutions Whole Life Insurance.



Help protect your family's financial future when they need it most.

Aflac has been helping provide individuals and their families with financial security for over 60 years.

Our Whole Life policy helps provide peace of mind and extra protection for you and your loved ones.

In addition to delivering cash benefits, Aflac offers:

- **Guaranteed premiums** — your rate won't change
- **Portable coverage** — you can take the plan wherever you go
- **Payroll deduction** — premiums will be deducted from your paychecks

FACT NO. 1

95 MILLION

Americans age 18+ do not have life insurance.¹

FACT NO. 2

30%

of adults in the U.S. (about 70 million) acknowledge their need for more life insurance.²

A great choice for the worst of times.

Aflac Whole Life is the smart choice for you. It helps provide you and your family with the added financial resources they'll need to help with funeral expenses, bills and debt, education plans and future retirement.

This information refers to benefit ranges for Policy Series A68000 and is for illustrative purposes only. The table below is not a comprehensive list of all benefits available through the policy. Please refer to the product brochure or benefit summary for a more detailed list of benefits. Policies/riders may not be available in all states, and coverage and benefits may vary by state. Please refer to your state's policies/riders for benefits, limitations and exclusions.

Whole Life Insurance	
Benefit	Description
Face Amount Choices	<ul style="list-style-type: none"> • \$10,000-\$500,000 (\$200,000 if over age 50).
Builds Cash Value	Builds cash value that can potentially be borrowed later to help with retirement, college tuition or any other bills the policy owner may face.
Income Tax Protection for Increases in the Cash Value	Any increase in the cash value of a whole life policy is not subject to income tax while the cash remains in the policy.
Accelerated Death Payment (Named insured only)	Pays 50% of the policy's face amount when the named insured is diagnosed with a terminal condition.
Guaranteed Premiums	Premium will not change. Coverage will cost the same from month to month and year to year.
Payroll Deducted	Premium can be deducted from the named insured's paycheck.
Portable	Named insured can take the policy with them if they change jobs or retire.
Available Riders	
Spouse 10-Year Term Life	<ul style="list-style-type: none"> • Face amount: \$5,000-\$50,000. • Pays 50% of the policy's face amount up to a maximum of \$50,000 for life insurance coverage on the named insured's spouse.
Child Term Life	<ul style="list-style-type: none"> • Face amount: \$2,500-\$15,000. • Pays 25% of the policy's face amount up to a maximum of \$15,000 for life insurance coverage on each insured child up to age 25.
Waiver of Premium (Named insured only)	<ul style="list-style-type: none"> • Waives policy premiums if named insured becomes totally disabled under the terms of the policy.
Accidental-Death Benefit (Named insured only)	<ul style="list-style-type: none"> • Pays additional amount equal to the face amount if the named insured dies as the result of a covered accident and occurs within 180 days of the covered accident. • Additional 25% of the face amount will be paid if named insured dies in an automobile accident while wearing a seat belt and is not at fault.

¹ "Life Insurance Awareness Month 2015," LifeHappens.org (<http://www.lifehappens.org/life-insurance-awareness-month/>).

² "2015 Insurance Barometer Study Finds Americans Continue to Overestimate Cost of Life Insurance," LIMRA and LifeHappens.org

This is a brief product overview only. Benefit amounts shown are ranges. Benefit payout varies according to coverage level selected. Products and benefits vary by state and may not be available in some states. The policy has limitations and exclusions that may affect benefits payable. Refer to the policy summary for complete details, limitations and exclusions.

In Arkansas, Idaho, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, Texas, and Virginia, Policies: ICC1368200, ICC1368300, ICC1368400.

Coverage is underwritten by American Family Life Assurance Company of Columbus. WWHQ | 1932 Wynnton Road | Columbus, GA 31999

You can speed up the processing and payment of your Aflac claims.

Experience faster service with Aflac SmartClaim.[®]



ACCESS

aflac.com/smartclaim
and log in to Online Services
for Policyholders.



START

your claims online
for faster processing
and payment.



UPLOAD

your supporting
documentation for a total
online experience.



Aflac herein means
American Family Life Assurance Company of Columbus

Worldwide Headquarters | 1932 Wynnton Road | Columbus, Georgia 31999



LOG ON TO ONLINE SERVICES FOR POLICYHOLDERS

Visit aflac.com/smartclaim and simply enter the required information in the fields provided. Follow the instructions to create your user profile.

GET CLAIM FORMS

You can immediately access Aflac claim forms by going online. And, for most claim types, you'll be able to use the Aflac SmartClaim® feature. SmartClaim guides you in completing the appropriate form so that claims can be processed faster.

MORE REASONS TO USE SMARTCLAIM

SmartClaim automatically identifies the type of coverage available to you and determines who is eligible under your policy. The system also provides you with step-by-step instructions for completing your claim, and helps improve claim submission accuracy by asking questions tailored to your specific event type.

Once you've completed the online form, you can upload supporting documentation and submit all of your

information to Aflac electronically. Electronic submission is recommended because it enables Aflac to receive and process your claims quickly. *Please note certain claim information cannot be uploaded (i.e., wellness claim forms and life claim information).* You can also select to print and fax or mail the online form along with your supporting documentation.

QUICKER PAYMENT TURNAROUND

In addition to improving claim form accuracy, SmartClaim helps speed up the claims payment process. When you start your claim online, the system recognizes that a claim is being initiated and is ready to pay when the signed claim form and all supporting documentation is received.

CHECK CLAIMS STATUS

Using Online Services for Policyholders also enables you to instantly check your claims status and claim payment details so you won't have to wonder: Where's my check?

The online claims process is currently available for policyholders with individual plans only.

NEED MORE INFORMATION ABOUT ONLINE SERVICES AND SMARTCLAIM?

Ask your Aflac agent or go to aflac.com/smartclaim.

1.800.99.AFLAC (1.800.992.3522) | aflac.com



DEER OAKS EAP SERVICES

Descubre Su EAP + Trabajo/Vida Beneficio

Programa de Asistencia al Empleado

El Programa de Asistencia para Empleados de Deer Oaks (EAP) es un servicio gratuito proporcionado por usted, sus dependientes y miembros del hogar por su empleador. Este programa ofrece una amplia variedad de servicios de asesoramiento, derivación y consulta, todos diseñados para ayudarlo a usted y a su familia a resolver problemas laborales y de la vida para vivir vidas más felices, más saludables y más equilibradas. Desde el estrés, la adicción y la gestión del cambio hasta la ubicación de instalaciones de cuidado infantil, asistencia legal y desafíos financieros, nuestros profesionales calificados están aquí para ayudarlo. Estos servicios son completamente confidenciales y se puede acceder fácilmente las 24 horas del día, los 7 días de la semana, ofreciéndole asistencia las 24 horas del día para todos los desafíos de la vida.

- ✓ **Acceso al Programa:** Puede acceder al EAP llamando a la línea de ayuda gratuita, utilizando nuestra aplicación iConnectYou, o mediante mensajería instantánea con un asesor de vida laboral a través de nuestro sistema de mensajería instantánea en línea.
- ✓ **Evaluaciones Telefónicas y Soporte:** En este momento, el soporte telefónico y la intervención en casos de crisis están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, junto con la ingesta y las evaluaciones clínicas.
- ✓ **Consejería a Corto Plazo:** Sesiones de consejería con un consejero calificado para ayudarlo con problemas como estrés, ansiedad, pena, problemas conyugales/familiares, problemas de relación, adicción, etc. La consejería está disponible a través de sesiones telefónicas estructuradas, videos y en persona en las oficinas de los proveedores locales.
- ✓ **Referencias y Recursos Comunitarios:** Nuestro equipo proporciona referencias a los recursos de la comunidad local, planes de salud de los miembros, grupos de apoyo, recursos legales y recursos para el cuidado de niños/ancianos/vida diaria.
- ✓ **Ventaja Asistencia Legal:** Consulta telefónica gratuita o en persona de 30 minutos con un abogado del plan; 25% de descuento en honorarios de abogados por hora si se requiere representación; acceso ilimitado en línea a una gran cantidad de recursos legales, enlaces, herramientas y formularios educativos; y la preparación interactiva simple de la voluntad en línea.
- ✓ **Ventaja de Asistencia Financiera:** Consulta telefónica ilimitada con un Asesor Financiero Acreditado calificado para asesorar sobre una variedad de temas financieros, como la prevención de quiebras, la reducción de la deuda y la planificación financiera; materiales educativos de apoyo disponibles; acceso ilimitado en línea a una gran cantidad de recursos financieros educativos, enlaces, herramientas y formularios (es decir, guías de impuestos, calculadoras financieras, etc.).
- ✓ **Asistencia Derobo de Identidad:** Consulta telefónica gratuita con un asesor financiero acreditado; información sobre los pasos que deben tomarse al descubrir el robo de identidad; referencia a agencias de recuperación de crédito de servicio completo; Servicio gratuito de monitoreo de crédito.
- ✓ **Servicios de Vida Laboral:** Nuestros consultores de vida laboral están disponibles para ayudarlo con una amplia gama de recursos de la vida diaria, como por ejemplo, localizar cuidadores de mascotas, planificadores de eventos, reparaciones del hogar, tutores, planificación de viajes y servicios de mudanza. Simplemente llame a la línea de ayuda para obtener información sobre recursos y referencias.
- ✓ **Referencias de Cuidado de Niños y Ancianos:** Nuestros especialistas en cuidado de niños y ancianos pueden ayudarlo en su búsqueda de centros de cuidado de niños y ancianos con licencia en su área. Discutirán sus necesidades, brindarán orientación, recursos y paquetes de referencia calificados. Las bases de datos de búsqueda y otros recursos también están disponibles en el sitio web para miembros de Deer Oaks.
- ✓ **Take the High Road Ride Reimbursement Program:** Tome el programa de reembolso High Road Ride: Deer Oaks reembolsa a los miembros por su taxi, las tarifas de Lyft y Uber en caso de que estén incapacitados debido a una discapacidad por una sustancia o condición emocional extrema. Este servicio está disponible una vez al año por participante, con un reembolso máximo de \$ 45.00 (no incluye propinas).



CONTÁCTENOS:

Línea Gratuita: (866) 327-2400



Sitio Web: www.deeroakseap.com

Correo Electrónico: eap@deeroaks.com

Instant Support

ICONNECTYOU: YOUR EAP ON THE GO



FEATURES:

- Access your EAP at the click of a button
- Calls, instant messaging (IM), short message service (SMS), video, and articles
- Answered 24 hours a day, 365 days a year
- Members can connect with experts instantly or make arrangements for a later appointment
- Accessible by iOS and Android devices
- Browse our self-help resources with a few swipes on the phone



iConnectYou is an app that instantly connects you with professionals for instant support and help finding resources for you and your family.

To access iConnectYou, download the app from the App Store (iPhone) or Google Play (Android) and register using the iCY passcode below. For additional information, you may access your EAP's website following the details listed below.

ICONNECTYOU PASSCODE: **58501**

TOLL FREE: **1-866-327-2400**

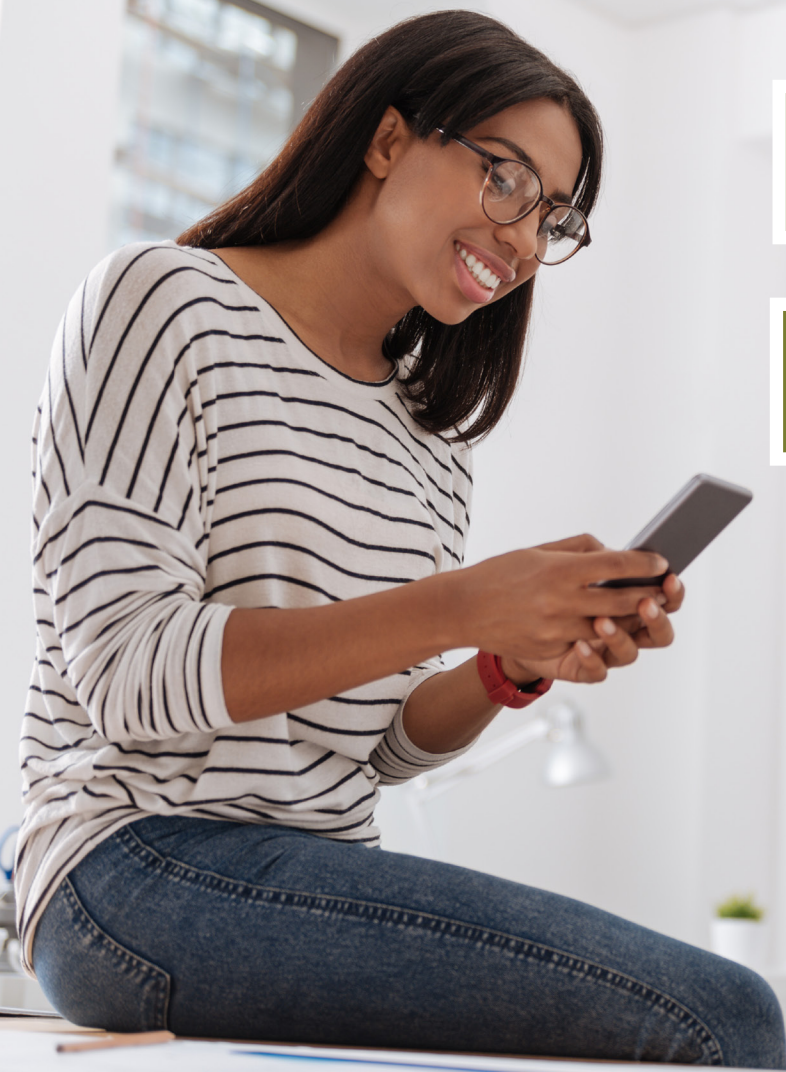
WEBSITE: **www.deeroakseap.com**

WEBSITE USERNAME/PASSWORD: **COMISSION**



DEER OAKS EAP SERVICES

Did you know?



**YOU CAN RECEIVE
EAP COUNSELING
IN-PERSON, OVER
THE PHONE OR
THROUGH VIDEO.**

You've taken the first step. You've called your Employee Assistance Program (EAP) and are looking forward to starting counseling, but are unsure about the time commitment involved with meeting a counselor in-person.

We are all busy and taking time for ourselves often gets placed on the back burner. That is why your EAP offers video and structured telephonic counseling in addition to traditional in-person counseling. These telephonic and video counseling sessions can be scheduled at times that are convenient for you. Call from the privacy of your home or office and one of our helpful counselors will help you address issues that are making it difficult to manage at work or at home.

ADVANTAGES

- No drive time-- saves money on gas
- No time spent in a waiting room
- Participate in a counseling session from the comfort of your home, office, or even your car
- The quality of counseling is the same as face-to-face counseling according to the American Psychological Association



DEER OAKS EAP SERVICES



CONTACT YOUR EAP TODAY:

(866) 327-2400



www.deeroakseap.com

eap@deeroaks.com



Advantage Legal Assist



(866) 327-2400 | eap@deeroaks.com

www.deeroakseap.com

Legal Services

- Free half-hour telephonic consultation with a plan attorney qualified to handle your issue
- Free half-hour in-person consultation with a plan attorney per separate issue
- Attorneys are available immediately for telephonic consultation; in-person consultations are scheduled
- Consultation consists of analysis of the situation and advice on how to proceed. There is no document review or creation during this free consultation
- If representation is required, members receive a 25% discount off hourly attorney fees
- Covered Issues: Family Law, Criminal, Bankruptcy, Adoption, Elder Care/Wills/ Trusts/ Estate Planning, Consumer Issues
- Excluded Issues: Employment as it relates to employees and family members, one's own business, class action lawsuits, taxes
- There is no limit to the number of times you can use the service for different issues
- Coverage available in all 50 states
- Telephonic attorneys cannot self-refer, so you are assured unbiased advice
- Unlimited online access to a wealth of educational legal resources, links, tools and forms including 105 legal forms and monthly webinars

Interactive Online Will Preparation (located in the Legal & Financial Center)

- Create a legally binding simple state-specific will at no cost through a step-by-step online "interview process"
- A simple will works well for most people with typical assets such as a house, a car, savings, and investments. But there are some situations in which you may need more than a simple will and should get expert advice or, at the least, investigate your options

Accessing Online Legal Services

- Login to the Deer Oaks website using your company's login and password
- Click on the "Legal & Financial Center" on the right-hand side of the screen to access the Online Will Preparation Service and other articles and tools



Advantage Financial Assist



(866) 327-2400 | eap@deeroaks.com

www.deeroakseap.com

Financial Services

- Free unlimited telephonic consultation with an Accredited Financial Counselor qualified to advise on a range of financial issues such as bankruptcy prevention, debt reduction and financial planning
- Counselors address issues via a toll-free information line, and follow up by mailing supporting educational materials; Excluded issues include tax issues, counseling, advice or comparison of specific financial services or products
- Advisors are available without an appointment Monday through Friday or through pre-scheduled Saturday sessions
- All counselors are knowledgeable in a wide range of financial topics
- Advice is objective and pressure-free
- Unlimited access to a wealth of educational financial resources, links, tools, and forms (i.e. tax guides, financial calculators, etc.)

ID Recovery

- Telephonic consultation service to help you recover from, and minimize the impact of, a breach of your identity
- Provides victims a 30-minute consultation with an Identity Recovery Professional
- The professional will assess the situation, create an action plan, and provide consultation on implementing the plan
- Reduces time spent repairing compromised credit history
- Restores peace-of-mind, while helping undo the damage

Credit Karma: Free Credit Monitoring *(located in the Legal & Financial Center)*

- Free registration- no service level or payment plan required
- Receive free credit reports and notification of any changes involving your credit

Accessing Online Financial Services

- Login to the Deer Oaks website using your company's login and password
- Click on the "Legal & Financial Center" on the right-hand side of the screen to access the Credit Karma Service and other articles and tools

Be Safe this Holiday Season



Take a cab, Lyft, or Uber and send the bill to us!

The holidays are the perfect time to gather with friends and family to celebrate the joy of the season and ring in the New Year. Deer Oaks, your EAP, encourages you to be safe this holiday season and choose a designated driver.

If you find yourself in need of a ride, call a cab and send the bill to us for reimbursement. This service is available once per year per participant with a maximum reimbursement of \$45.00 (excludes tip). Your receipt may be submitted up to 60 days from date of service.

Simply call our Helpline for instructions on how to submit your receipt. It may take up to 45 days for reimbursement.

(866) 327-2400 | www.deeroakseap.com

My City Plan as of July 2020

City name and number

Mission (00874) since 01-1971

Employee's deposit rate

6% (01-2007)

City's matching ratio

200% (01-1994)

Vesting requirement

5 years of service

Retirement eligibility

5 years of service/Age 60; 20 years of service/Any Age

Additional provisions

Supplemental Death Benefits (Employee & Retiree)

100% Updated Service Credit (with Transfers) - Auto-Readopt

Restricted Service Credit

Probationary Service Credit



TMRSFACTS

Texas Municipal Retirement System

1200 North Interstate 35, Austin, Texas 78701 | PO Box 149153, Austin, Texas 78714-9153
512.476.7577 | 800.924.8677 | Fax 512.476.5576 | phonecenter@tmrs.com

GET TO KNOW YOUR 457 PLAN

Your pension and Social Security may go far, but you will likely need more income for a truly comfortable future. That's where your 457 deferred compensation plan comes in — see why it matters to you!

1 It's easy to contribute

- ▶ Make automatic paycheck contributions.
- ▶ Change your contributions any time.

2 Get tax benefits along the way

- ▶ Pre-tax contributions lower your tax bill, lessening the impact to your take-home pay.
- ▶ Delay all taxes, until you take money out.

3 A wide range of investments are available

- ▶ You control investment decisions, choosing from available options.
- ▶ Consider a diversified target-date fund or build your own portfolio. Get help with Guided Pathways® Advisory Services — www.icmarc.org/guidedpathways.

4 Take out what you need

- ▶ You control withdrawals upon separation from service with your employer.*
- ▶ Only 457 plans have no early withdrawal penalty regardless of your age.**

* Depending on your plan's rules, withdrawal and loan options may be available while you're still working.

** The penalty may apply to non-457 plan assets rolled into a 457 plan and subsequently withdrawn prior to age 59½.

HOW MUCH CAN I CONTRIBUTE?

For 2020, you can save as much as:

- ▶ \$19,500
- ▶ \$26,000 if age 50 or over
- ▶ \$39,000 if you qualify for pre-retirement catch-up contributions.

Reminder: you may be able to contribute accrued sick or vacation leave.

Can't save that much? Even small savings can really add up — start with as little as \$10 per paycheck.

The sooner you save, the more your money can grow — see how at www.icmarc.org/costofdelay.

Already enrolled? Aim to save more — see how at www.icmarc.org/savingsboost.

GET HELP ONLINE

- ▶ Manage your account — www.icmarc.org/login
- ▶ Tips and tools to help you save, invest, and retire — www.icmarc.org/education

Your ICMA-RC representative can help.

Roland Quintanilla will be available on Aug. 3rd & 4th from 7:30am-10:30pm
Call to schedule appointment at 202-487-3776 or email rquintanilla@icmarc.org
<https://icmarc.secure.force.com/events?SiteId=a0lj0000003QNLpAAO>

AC: 44753-1119-8571-W1394



BUILDING PUBLIC SECTOR
RETIREMENT SECURITY

ICMA RETIREMENT CORPORATION | 777 NORTH CAPITOL STREET, NE | WASHINGTON, DC 20002-4240
TEL: 202-962-4600 | FAX: 202-962-4601 | TOLL FREE: 800-669-7400 | WWW.ICMARC.ORG

SAVING MORE MATTERS

Regularly saving more to your 457 deferred compensation plan helps you really build retirement security. And it doesn't take much. Even small increases go a long way over time.

Want to see more examples?



Current Bi-Weekly Contribution	Increase Yearly	In addition to your current balance, you could have an extra...		
		10 Years Later	20 Years Later	30 Years Later
\$10	\$0	\$3,525	\$9,837	\$21,142
	\$5	\$10,613	\$47,245	\$130,470
\$50	\$0	\$17,624	\$49,187	\$105,170
	\$10	\$31,801	\$124,001	\$324,366
\$100	\$0	\$35,249	\$98,374	\$211,421
	\$20	\$63,603	\$248,003	\$648,733

Assumes 6% effective average annual return, compounded bi-weekly. For illustrative purposes only.

Want to maximize your tax benefits?

Pre-tax contributions reduce your current tax bill and you delay all taxes until you withdraw. In 2020, you can contribute up to:

- ▶ \$19,500
- ▶ \$26,000 if age 50 or over
- ▶ \$39,000 if you qualify for the pre-retirement catch-up

Want to really customize it?

Guided Pathways® Advisory Services helps you decide how much to save and how to invest. You just choose the level of service right for you — www.icmarc.org/guidedpathways.

Want to take action?

Complete the 457 Plan Contribution Change form — www.icmarc.org/457boost.

Your ICMA-RC representative can help.

Roland Quintanilla will be available on Aug. 3rd & 4th from 7:30am-10:30pm
 Call to schedule appointment at 202-487-3776 or email rquintanilla@icmarc.org
 Please copy and paste below in address bar online:
<https://icmarc.secure.force.com/events?SiteId=a0lj0000003QNLpAAO>

AC: 45008-1219-8606-W1262



Small increases now could benefit you later.

Enjoy the confidence that comes from saving more for retirement by increasing contributions to your deferred compensation plan.

Growth Period			Ending Balance		
Deferral Per Pay	Paycheck Impact	Annual Deferral	Accumulation 10 Years	Accumulation 20 Years	Accumulation 30 Years
\$25	\$18.75	\$650	\$9,304	\$27,605	\$63,607
\$50	\$37.50	\$1,300	\$18,607	\$55,210	\$127,214
\$75	\$56.25	\$1,950	\$27,911	\$82,815	\$190,821
\$100	\$75.00	\$2,600	\$37,214	\$110,420	\$254,428
\$125	\$93.75	\$3,250	\$46,518	\$138,025	\$318,035
\$150	\$112.50	\$3,900	\$55,821	\$165,631	\$381,642
\$175	\$131.25	\$4,550	\$65,125	\$193,236	\$445,249
\$200	\$150.00	\$5,200	\$74,429	\$220,841	\$508,856
\$225	\$168.75	\$5,850	\$83,732	\$248,446	\$572,463
\$250	\$187.50	\$6,500	\$93,036	\$276,051	\$636,070
\$300	\$225.00	\$7,800	\$111,643	\$331,261	\$763,283
\$350	\$262.50	\$9,100	\$130,250	\$386,471	\$890,497
\$400	\$300.00	\$10,400	\$148,857	\$441,681	\$1,017,711
\$450	\$337.50	\$11,700	\$167,464	\$496,892	\$1,144,925
\$500	\$375.00	\$13,000	\$186,071	\$552,102	\$1,272,139
\$550	\$412.50	\$14,300	\$204,678	\$607,312	\$1,399,353
\$600	\$450.00	\$15,600	\$223,286	\$662,522	\$1,526,567
\$654	\$490.50	\$17,000	\$243,381	\$722,149	\$1,663,958
\$711	\$565.00	\$18,500	\$267,416	\$805,421	\$1,887,812
\$731	\$548.00	\$19,000	\$274,647	\$827,200	\$1,938,859
\$750	\$563.00	\$19,500	\$281,875	\$848,968	\$1,989,880

This table shows the cumulative value of 26 biweekly deferral amounts over 10, 20 and 30 years, assuming a compound annual rate of 7% and a 25% federal tax rate, for a single person with an annual salary of \$38,000 and one deduction for federal tax purposes. Actual investment returns will vary from year to year, and the value of your account after the specified periods of years shown in the table may be less or more than the amounts shown. This illustration is hypothetical and is not intended to serve as a projection of the investment results of any specific investment. If fees and expenses were reflected, the returns would have been less.

NRM-3067AO.16 (02/20)



Contact your Nationwide Retirement Specialist:
Wilson Heacock
 (361) 887-1978
 wilson.heacock@nationwide.com



Or contact your home office Retirement Specialist:
 Retirement Resource Group
 (888) 401-5272
 nrsforu@nationwide.com

<https://retirementspecialists.myretirementappt.com>

Information provided by Retirement Specialists is for educational purposes only and not intended as investment advice. Nationwide Retirement Specialists and plan representatives are Registered Representatives of Nationwide Investment Services Corporation (NISC), member FINRA, Columbus, Ohio.

Nationwide and the Nationwide N and Eagle are service marks of Nationwide Mutual Insurance Company. © 2020 Nationwide



Nationwide®

Apendice de cobertura de salud y términos médicos

Este apéndice tiene muchos términos de uso común, pero no es una lista completa. Estos términos y definiciones del apéndice están destinados a ser educativos y pueden ser diferentes de los términos y definiciones en su plan. Es posible que algunos de estos términos no tengan exactamente el mismo significado cuando se usan en su política o plan, y en cualquier caso, la política o el plan rige. (Consulte su Resumen de beneficios y cobertura para obtener información sobre cómo obtener una copia de su póliza o documento del plan).

Cantidad permitida

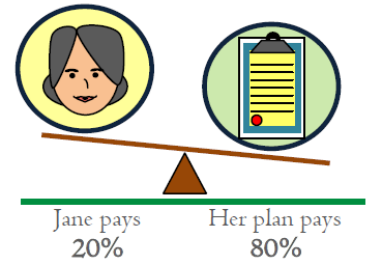
Monto máximo en el que se basa el pago por servicios de atención médica cubiertos. Esto puede denominarse "gasto elegible", "asignación de pago" o "tarifa negociada". Si su proveedor cobra más del monto permitido, es posible que deba pagar la diferencia (consulte Facturación de saldos).

Facturación de saldo

Cuando un proveedor le factura la diferencia entre el cargo del proveedor y el monto permitido. Por ejemplo, si el cargo del proveedor es de \$ 100 y el monto permitido es de \$ 70, el proveedor puede facturarle los \$30 restantes. Un proveedor preferido no puede facturarle el saldo por los servicios cubiertos.

Co-seguro

Su parte de los costos de un servicio de atención médica cubierto, calculada como un porcentaje (por ejemplo, 20% para el plan de compra y 30% para el plan base) del monto permitido para el servicio. Usted paga un coseguro más cualquier deducible que deba. Por ejemplo, si el monto permitido por el seguro de salud o el plan para una visita al consultorio es de \$100 y ha alcanzado su deducible, su pago de coseguro del 20% sería de \$20. El seguro o plan de salud paga el resto del monto permitido.



Complicaciones del embarazo

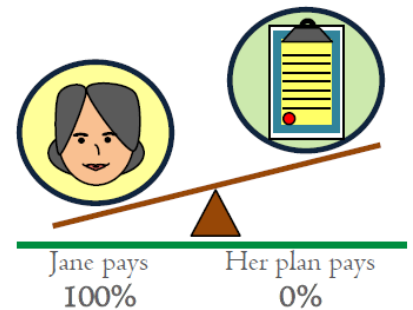
Condiciones debido al embarazo, el parto y el parto que requieren atención médica para evitar daños graves a la salud de la madre o el feto. Las náuseas matutinas y una cesárea que no es de emergencia no son complicaciones del embarazo.

Co-pago

Una cantidad fija (por ejemplo, \$20 para el plan de compra y \$30 para el plan base) que paga por un servicio de atención médica cubierto, generalmente cuando recibe el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

Deducible

La cantidad que debe por los servicios de atención médica que cubre su seguro médico o plan antes de que su seguro médico o plan comience a pagar. Por ejemplo, si su deducible es de \$1000, su plan no pagará nada hasta que haya alcanzado su deducible de \$1000 por servicios de atención médica cubiertos sujetos al deducible. El deducible puede no aplicarse a todos los servicios.



Equipo médico duradero (DME)

Equipos y suministros ordenados por un proveedor de atención médica para uso diario o extendido. La cobertura para DME puede incluir: equipo de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o tiras de análisis de sangre para diabéticos.

Condición médica de emergencia

Una enfermedad, lesión, síntoma o afección tan grave que una persona razonable buscaría atención de inmediato para evitar daños graves.

Transporte médico de emergencia

Servicios de ambulancia por una afección médica de emergencia.

Cuidado de la sala de emergencias

Servicios de emergencia que recibe en una sala de emergencias.

Servicios de emergencia

Evaluación de una afección médica de emergencia y tratamiento para evitar que la afección empeore

Servicios excluidos

Servicios de atención médica que su plan de seguro médico no paga ni cubre.

Apéndice de cobertura de salud y términos médicos (con't)

Servicios de habilitación

Servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y funcionamiento para la vida diaria. Los ejemplos incluyen la terapia para un niño que no camina ni habla a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, patología del habla y lenguaje y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos de pacientes hospitalizados y / o ambulatorios.

Cuidados de salud en el hogar

Servicios de atención médica que una persona recibe en el hogar.

Servicios de hospicio

Servicios para proporcionar comodidad y apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y sus familias.

Hospitalización

Atención en un hospital que requiere admisión como paciente internado y generalmente requiere pasar la noche. Una estadía nocturna para observación podría ser atención ambulatoria.

Atención ambulatoria hospitalaria

Atención en un hospital que generalmente no requiere pasar la noche.

Coseguro dentro de la red

El porcentaje (por ejemplo, 20%) que paga del monto permitido por los servicios de atención médica cubiertos a los proveedores que tienen contrato con su plan de seguro médico. El coseguro dentro de la red generalmente le cuesta menos que el coseguro fuera de la red.

Copago dentro de la red

Un monto fijo (por ejemplo, \$20) que paga por los servicios de atención médica cubiertos a los proveedores que tienen contrato con su plan de seguro de salud. Los copagos dentro de la red generalmente son menores que los copagos fuera de la red.

Medicamento necesario

Servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, enfermedad o sus síntomas y que cumplan con los estándares aceptados de medicina.

Red

Las instalaciones, proveedores y proveedores con los que su plan de seguro de salud ha contratado para proporcionar servicios de atención médica.

Proveedor no preferido

Un proveedor que no tiene un contrato con su plan de seguro de salud para brindarle servicios. Pagará más para ver a un proveedor no preferido.

Coseguro fuera de la red

El porcentaje (por ejemplo, 50%) que paga del monto permitido por servicios de atención médica cubiertos a proveedores que no tienen contrato con su plan de seguro de salud. El coseguro fuera de la red generalmente le cuesta más que el coseguro dentro de la red.

Límite de gastos de bolsillo

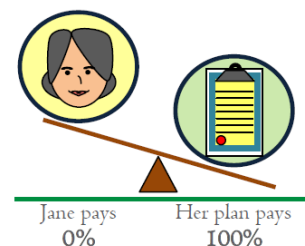
Lo máximo que paga durante el año del plan antes de que su plan de seguro de salud comience a pagar el 100% del monto permitido. Este límite nunca incluye su prima, los cargos facturados por el saldo ni su atención médica si su plan de seguro no cubre.

Servicios médicos

Servicios de atención médica que un médico con licencia (M.D. - Doctor en Medicina o D.O. - Doctor en Medicina Osteopática) proporciona o coordina.

Plan

Un beneficio que su empleador le brinda para pagar sus servicios de atención médica.



Apéndice de cobertura de salud y términos médicos (con't)

Autorización previa

Una decisión de su plan de seguro médico de que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamentos recetados o equipo médico duradero es médicamente necesario. A veces se llama autorización previa, aprobación previa o certificación previa. Su plan de seguro de salud requiere autorización previa para ciertos servicios antes de que los reciba, excepto en una emergencia. La autorización previa no es una promesa de que su plan de seguro médico cubrirá el costo.

Proveedor Preferido

Un proveedor que tiene un contrato con su plan de seguro médico para brindarle servicios con descuento. Consulte su política para ver una lista de proveedores preferidos.

Prima

El monto que debe pagar por su plan de seguro de salud.

Cobertura de medicamentos recetados

Plan de seguro de salud que ayuda a pagar los medicamentos recetados y los medicamentos.

Medicamentos con receta

Drogas y medicamentos que por ley requieren una receta.

Proveedor

Un médico (M.D. - Doctor en Medicina o D.O. - Doctor en Medicina Osteopática), profesional de atención médica o centro de atención médica con licencia, certificado o acreditado según lo exige la ley estatal.

Servicios de rehabilitación

Servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria que se han perdido o deteriorado debido a que una persona estaba enferma, herida o discapacitada. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, patología del habla y lenguaje y servicios de rehabilitación psiquiátrica en una variedad de entornos de pacientes hospitalizados y / o ambulatorios.

Cuidados de enfermería especializada

Servicios de enfermeras con licencia en su propio hogar o en un hogar de ancianos. Los servicios de atención especializada son de técnicos y terapeutas en su propio hogar o en un hogar de ancianos.

Especialista

Un médico especialista se enfoca en un área específica de la medicina o un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones. Un especialista no médico es un proveedor que tiene más capacitación en un área específica de atención médica.

UCR (habitual, habitual y razonable)

El monto pagado por un servicio médico en un área geográfica basado en lo que los proveedores en el área generalmente cobran por el mismo servicio médico o uno similar. La cantidad de UCR a veces se usa para determinar la cantidad permitida.

Atención de urgencias

Cuidar una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias.

Autorización previa

Una decisión de su plan de seguro médico de que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamentos recetados o equipo médico duradero es médicamente necesario. A veces se llama autorización previa, aprobación previa o certificación previa. Su plan de seguro de salud requiere autorización previa para ciertos servicios antes de que los reciba, excepto en una emergencia. La autorización previa no es una promesa de que su plan de seguro médico cubrirá el costo.

Apéndice de cobertura de salud y términos médicos (con't)

Proveedor Preferido

Un proveedor que tiene un contrato con su plan de seguro médico para brindarle servicios con descuento. Consulte su política para ver una lista de proveedores preferidos.

Prima

El monto que debe pagar por su plan de seguro de salud.

Cobertura de medicamentos recetados

Plan de seguro de salud que ayuda a pagar los medicamentos recetados y los medicamentos.

Proveedor

Un médico (M.D. - Doctor en Medicina o D.O. - Doctor en Medicina Osteopática), profesional de atención médica o centro de atención médica con licencia, certificado o acreditado según lo exige la ley estatal.

Cuidados de enfermería especializada

Servicios de enfermeras con licencia en su propio hogar o en un hogar de ancianos. Los servicios de atención especializada son de técnicos y terapeutas en su propio hogar o en un hogar de ancianos.

Especialista

Un médico especialista se enfoca en un área específica de la medicina o un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones. Un especialista no médico es un proveedor que tiene más capacitación en un área específica de atención médica.

UCR (habitual, habitual y razonable)

El monto pagado por un servicio médico en un área geográfica basado en lo que los proveedores en el área generalmente cobran por el mismo servicio médico o uno similar. La cantidad de UCR a veces se usa para determinar la cantidad permitida.

Atención de urgencias

Cuidar una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias.



Nuevas opciones de cobertura en el mercado de seguros médicos y su cobertura médica

Formulario aprobado
OMB N.º 1210-0149
(caduca el 30-6-2023)

PARTE A: Información general

Cuando entren en vigencia las partes clave de la ley de salud en el 2014, habrá una nueva forma de adquirir seguros médicos: a través del mercado de seguros médicos. A fin de ayudarlo mientras evalúa las opciones para usted y su familia, este aviso brinda información básica sobre el nuevo mercado y la cobertura médica basada en el empleo que brinda su empleador.

¿Qué es el mercado de seguros médicos?

El mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El mercado ofrece opciones de compra en un solo sitio, para buscar y comparar opciones de seguros médicos privados. También es posible que sea elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que reduce su prima mensual de inmediato. El periodo de inscripción para la cobertura de seguro médico a través del mercado comienza en octubre del 2013 para la cobertura que comienza el 1.º de enero del 2014.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas del seguro médico que ofrece el mercado?

Es posible que tenga la oportunidad de ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura médica u ofrece una cobertura que no cumple con determinadas normas. Los ahorros en la prima por la cual puede ser elegible dependen de los ingresos de su familia.

¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en la prima a través del mercado?

Sí. Si su empleador brinda cobertura médica que cumple con determinadas normas, no será elegible para un crédito tributario a través del mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, es posible que sea elegible para un crédito tributario que reduce la prima mensual o para una reducción en la cuota de los costos si su empleador no brinda cobertura o no brinda cobertura que cumple con determinadas normas. Si el costo del plan de su empleador que le brindaría cobertura a usted (y no, a los demás miembros de la familia) supera el 9.5 % del ingreso anual de su familia, o si la cobertura médica que brinda su empleador no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act o ACA, por sus siglas en inglés), es posible que sea elegible para un crédito tributario.¹

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que brinda su empleador, es posible que pierda las contribuciones (si las hay) que el empleador da para la cobertura médica que brinda. Además, las contribuciones del empleador (así como sus las contribuciones como empleado para la cobertura médica que brinda el empleador) a menudo se excluyen del ingreso sujeto impuesto federal y estatal. Los pagos para la cobertura médica a través del mercado se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que brinda el empleador, consulte el resumen de la descripción del Plan o comuníquese con [el departamento de Recursos Humanos al 956-580-8631](mailto:2025-01-27).

El mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del mercado y sus costos. Visite CuidadoDeSalud.gov para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguros médicos e información de contacto para un mercado de seguros médicos en su área.

¹ Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos.

PARTE B: Información sobre la cobertura médica que brinda su empleador

Esta sección incluye información sobre la cobertura médica que brinda su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura médica en el mercado, deberá brindar esta información. Esta información está enumerada de forma tal que coincida con la solicitud del mercado.

3. Nombre del empleador City of Mission		4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés) 74-6001738	
5. Dirección del empleador 1201 E. 8th Street		6. Número de teléfono del empleador 956-580-8631	
7. Ciudad Mission	8. Estado TX	9. Código postal 78572	
10. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo? Nereyda Peña, Assistant H.R. Director and/or Noemi Munguia, H.R. Director			
11. Número de teléfono (si difiere del que figura arriba)		12. Dirección de correo electrónico npena@missiontexas.us/nmunguia@missiontexas.us	

A continuación, encontrará información básica sobre la cobertura médica que brinda este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para los siguientes:

- Todos los empleados.
 Algunos empleados. Los empleados elegibles son los siguientes:

Empleados tiempo completo
Empleados trabajando medio tiempo y cuales trabajan un promedio de 30 horas semanales durante un periodo de 12 meses

- En cuanto a los dependientes:

- Sí ofrecemos cobertura médica. Los dependientes elegibles son los siguientes:

Su esposa/o, un niño menor de la edad limite; un hijo (nieto) que es su dependiente para propositos de impuestos federal.

- No ofrecemos cobertura médica.

- Si marca esta opción, esta cobertura médica cumple con la norma de valor mínimo. Asimismo, el costo de la cobertura se pretende que sea asequible para usted según los salarios de los empleados.

** Incluso si el objetivo de su empleador es brindarle cobertura asequible, es posible que sea elegible para obtener un descuento en la prima a través del mercado. El mercado utilizará el ingreso de su grupo familiar, junto con otros factores, para determinar si es elegible para recibir un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a la otra (tal vez es un empleado por hora o trabaja con comisiones), si fue contratado recientemente a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingreso, aún así es posible que reúna los requisitos para recibir un descuento en la prima.

Si decide adquirir cobertura a través del mercado, visite CuidadoDeSalud.gov para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo. Aquí encontrará la información del empleador que debe ingresar cuando visita CuidadoDeSalud.gov para saber si puede obtener un crédito tributario para reducir las primas mensuales.

La siguiente información corresponde a la Herramienta de cobertura del empleador a través del mercado. Los empleadores no tienen la obligación de completar esta sección, pero hacerlo ayudará a garantizar que los empleados entienden sus opciones de cobertura.

13. Actualmente, ¿el empleado es elegible para la cobertura que brinda el empleador o lo será en los próximos 3 meses?

Sí. (Continúe).

13a. Si el empleado no es elegible actualmente, incluso como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo será elegible para la cobertura? _____ (dd/mm/aaaa). (Continúe).

No. (DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado).

14. ¿El empleador brinda un plan de salud que cumple con la norma de valor mínimo*?

Sí. (Pase a la pregunta 15).

No. (DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado).

15. Para el plan de menor costo que cumple con la norma de valor mínimo* ofrecido **únicamente al empleado** (no incluya los planes familiares): Si el empleador dispone de programas de bienestar, incluya la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo para los programas para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento sobre la base de los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en lo que respecta a las primas para este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensualmente Trimestralmente
 Anualmente

Si el año del plan está por finalizar y usted sabe que los planes de salud ofrecidos sufrirán una modificación, pase a la pregunta 16. Si no lo sabe, DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado.

16. ¿Qué modificación hará el empleador para el nuevo año del plan? Ninguna

El empleador no brindará cobertura médica.

El empleador comenzará a brindar cobertura médica a los empleados o modificará la prima para el plan de menor costo disponible únicamente para el empleado, que cumple con la norma de valor mínimo*. (La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar. Vea la pregunta 15).

a. ¿Cuánto tendrá que pagar el empleado en lo que respecta a las primas para dicho plan? \$ 25 sin examen físico de salud

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes
 Mensualmente Trimestralmente Anualmente

Fecha de la modificación (dd/mm/aaaa):

* Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos (Artículo 36B(c)(2)(C)(ii) del Código Tributario de 1986).



Human Resources Department

1201 E. 8th Street Mission, TX 78572

MEMORANDUM

TO: Full Time and Eligible Part Time employees
FROM: Human Resources Department
RE: *Providing Accurate Taxpayer Information During Enrollment*

We are pleased to offer you coverage under the BlueCross BlueShield PPO (“the Plan”) for coverage effective from 10/01/2020 through 09/30/2021. As part of benefits enrollment under the Plan, you **must** provide an accurate full legal name and social security number (SSN) or taxpayer identification number (TIN) for all individuals enrolling in coverage under the Plan. If the information you provide is not correct because it does not exactly match IRS records, then you could be subject to a \$50 penalty under Internal Revenue Code Section 6723.

Additionally, we use the information you provide when enrolling in coverage under the Plan to report certain coverage information to the IRS each year using Form 1095. If you do not provide an accurate legal name and SSN or TIN, then the IRS may not have the information it needs to determine that you met your individual shared responsibility obligations of maintaining minimum essential coverage each month. Accordingly, the IRS may assess individual shared responsibility penalties against you, as required under Internal Revenue Code Section 5000A. Beginning in 2016, this penalty is generally the greater of \$695 per individual required to maintain coverage or 2.5% of your household income.

Thank you for your attention to this matter. Should you have questions, please contact Human Resources at 956-580-8630.



BlueCross BlueShield
of Texas

Avisos importantes

I. Aviso inicial acerca de los derechos al período de inscripción especial en su Plan médico grupal

Una ley federal conocida como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (*HIPAA*, en inglés) requiere que le notifiquemos acerca de estipulaciones muy importantes del plan. Usted tiene el derecho a inscribirse en el plan bajo esta "estipulación al período de inscripción especial" sin que se le considere una persona que se inscribió tarde si añade un dependiente nuevo o si rechaza la cobertura bajo este plan para usted o para un dependiente elegible mientras que otra cobertura está vigente y si luego la pierde por algunas razones válidas.

Es posible que la Sección I de este aviso no aplique a ciertos planes autofinanciados que no son parte de algún programa del gobierno federal. Comuníquese con su empleador o administrador del plan para obtener más información.

A. ESTIPULACIONES AL PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

La pérdida de otra cobertura (excluyendo el Programa *Medicaid* o el Programa de Seguro Médico para Niños del estado) Si usted rechaza la inscripción para usted o sus dependientes elegibles (incluyendo su cónyuge) porque cuenta con otro seguro de salud o con cobertura médica de un plan grupal, usted y sus dependientes podrían inscribirse en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si usted se muda fuera del área de servicio del Plan *HMO* o si el empleador deja de contribuir para su otra cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, tiene que solicitar la inscripción en un plazo de 31 días después de que finalice la otra cobertura o la de sus dependientes (o de que se mude fuera del área de servicio del plan *HMO* anterior o después de que su empleador deje de contribuir para la otra cobertura).

Pérdida de cobertura bajo el Programa *Medicaid* o el Programa de Seguro Médico para Niños del estado Si usted rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible (incluyendo su cónyuge) mientras que la cobertura bajo el Programa *Medicaid* o el Programa de Seguro Médico para Niños del estado está vigente, usted y sus dependientes podrían inscribirse en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura. Sin embargo, tiene que solicitar la inscripción en un plazo de 60 días después de que finaliza su cobertura o la de sus dependientes bajo el Programa *Medicaid* o un programa de seguro médico para niños estatal.

Dependiente nuevo por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción

Si usted tiene un dependiente nuevo como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que puedan inscribirse usted y sus dependientes en este plan. Sin embargo, tiene que solicitar la inscripción en un plazo de 31 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Elegibilidad para recibir ayuda estatal para pagar la prima del plan de salud para los asegurados del Programa *Medicaid* o del Programa de Seguro Médico para Niños del estado

Si usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge) se vuelven elegibles para recibir un subsidio estatal del Programa *Medicaid* o a través del Programa de Seguro Médico para Niños con respecto a la cobertura bajo este plan, usted y sus dependientes podrían inscribirse bajo este plan. Sin embargo, tiene que solicitar la inscripción en un plazo de 60 días después de la determinación de que usted o sus dependientes son elegibles para recibir dicha ayuda.

Para solicitar el período de inscripción especial o para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de identificación de Blue Cross and Blue Shield.

II. Avisos adicionales

Otras leyes federales requieren que le notifiquemos sobre estipulaciones adicionales de su plan.

AVISOS DE DERECHO A NOMBRAR A UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (SOLO PARA PLANES DE SEGURO DE SALUD SIN DERECHOS ADQUIRIDOS)

Para los planes que requieren o permiten el nombramiento de un proveedor de atención primaria para cada participante o beneficiario:

Si el plan en general requiere o permite el nombramiento de un proveedor de atención primaria, usted tiene derecho a nombrar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarle a usted o a sus familiares. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y para obtener una lista de proveedores de atención primaria, llame a Servicio al Cliente al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de identificación de Blue Cross and Blue Shield.

Para los planes que requieren o permiten el nombramiento de un proveedor de atención primaria para un niño: Para los niños, puede nombrar a un pediatra como el proveedor de atención primaria.

Para los planes que proporcionan cobertura para el cuidado de obstetricia o ginecología y que requieren el nombramiento de un proveedor de atención primaria para cada participante o beneficiario: No necesita autorización previa del plan o de ninguna otra persona (incluyendo un proveedor de atención primaria) para obtener acceso al cuidado de obstetricia o ginecología de un profesional de cuidado de salud en su red que se especializa en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de cuidado de salud deba cumplir con ciertos procedimientos, incluyendo obtener autorización previa para algunos servicios, seguir un plan de tratamiento aprobado previamente o seguir los procedimientos para hacer referidos.

Para obtener una lista de profesionales de cuidado de salud participantes que se especializan en pediatría, obstetricia o ginecología, llame a Servicio al Cliente al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de identificación de Blue Cross and Blue Shield.

FAQs about Newborns' and Mothers' Health Protection



U.S. Department of Labor
Employee Benefits Security Administration

What is the Newborns' and Mothers' Health Protection Act?

The Newborns' and Mothers' Health Protection Act (the Newborns' Act) provides protections for mothers and their newborn children relating to the length of their hospital stays following childbirth.

Does the Newborns' Act apply to my coverage?

It depends. Even if your plan offers benefits for hospital stays in connection with childbirth, the Newborns' Act only applies to certain coverage. Specifically, it depends on whether your coverage is "insured" by an insurance company or HMO or "self-insured" by an employment-based plan. (You should check your Summary Plan Description (SPD), the document that outlines your benefits and your rights under the plan, or contact your plan administrator to find out if your coverage in connection with childbirth is "insured" or "self-insured.")

Self-insured coverage is subject to the Newborns' Act. However, if the coverage is provided by an insurance company or HMO (an "insured" plan), and your state has a law regulating coverage for newborns and mothers that meets specific criteria, then state law, rather than the Newborns' Act, applies. If this is the case, the state law may differ slightly from the Newborns' Act requirements, so it is important to know which law applies to the coverage offered by your plan.

For those plans with coverage that is insured by an insurance company or HMO, contact your state insurance department for the most current information on the state laws that pertain to hospital length of stay in connection with childbirth.

For those plans covered by the Federal law, the following questions apply:

I am pregnant. How does the Newborns' Act affect my health care benefits?

The Newborns' Act affects the amount of time you and your newborn child are covered for a hospital stay following childbirth. Group health plans that are subject to the Newborns' Act may not restrict benefits for a hospital stay in connection with childbirth to less than 48 hours following a vaginal delivery or 96 hours following a delivery by cesarean section. However, the attending provider may decide, after consulting with you, to discharge you or your newborn child earlier. In any case, the attending provider cannot receive incentives or disincentives to discharge you or your child earlier than 48 hours (or 96 hours).

When does the 48-hour (or 96-hour) period start?

If you deliver in the hospital, the 48-hour period (or 96-hour period) starts at the time of delivery. So, for example, if a woman goes into labor and is admitted to the hospital at 10 p.m. on June 11, but gives birth by vaginal delivery at 6 a.m. on June 12, the 48-hour period begins at 6 a.m. on June 12.

However, if you deliver outside the hospital and you are later admitted to the hospital in connection with childbirth (as determined by the attending provider), the period begins at the time of the hospital admission. So, for example, if a woman gives birth at home by vaginal delivery, but begins bleeding excessively in connection with childbirth and is admitted to the hospital, the 48-hour period starts at the time of admission.

Who is the attending provider?

An attending provider is an individual licensed under state law who is directly responsible for providing maternity or pediatric care to a mother or newborn child. A nurse midwife or a physician assistant may be an attending provider if licensed in the state to provide maternity or pediatric care in connection with childbirth.

A health plan, hospital, insurance company, or HMO, however, would not be an attending provider.

Can my group health plan require me to get permission (sometimes called prior authorization or precertification based upon medical necessity) for a 48-hour or 96-hour hospital stay?

No. A plan cannot deny you or your newborn child coverage for a 48-hour stay (or 96-hour stay) because the plan claims that you, or your attending provider, have failed to show that the 48-hour stay (or 96-hour stay) is medically necessary.

However, plans generally can require you to notify the plan of the pregnancy in advance of an admission in order to use certain providers or facilities or to reduce your out-of-pocket costs.

Under the Newborns' Act, may group health plans impose deductibles or other cost-sharing provisions for hospital stays in connection with childbirth?

Yes, but only if the deductible, coinsurance, or other cost-sharing for the latter part of a 48-hour (or 96-hour) stay is not greater than that imposed for the earlier part of the stay. For example, with respect to a 48-hour stay, a group health plan is permitted to cover only 80% of the cost of the hospital stay. However, a plan covering 80% of the cost of the first 24 hours could not reduce coverage to 50% for the second 24 hours.

Will my group health plan tell me about the Newborns' Act and my state law protections?

A group health plan that provides maternity or newborn infant coverage must include in its Summary Plan Description (SPD) a statement describing the Federal or state law requirements applicable to the plan (or any health insurance coverage offered under the plan) relating to hospital length of stay in connection with childbirth for the mother or newborn child. If the Federal Newborns' Act law applies in some areas in which the plan operates and state laws apply in others, the SPD must describe the Federal and state law requirements that apply in each area covered by the plan.

Does the Newborns' Act require my plan to offer maternity benefits?

No. The Newborns' Act does not require plans to provide coverage for hospital stays in connection with childbirth. However, other legal requirements, including Title VII of the Civil Rights Act of 1964 and the Affordable Care Act, may require this type of coverage. Questions regarding Title VII should be directed to the Equal Employment Opportunity Commission; see the agency's website at eeoc.gov. For information on the Affordable Care Act requirements, visit HealthCare.gov.

How does giving birth to or adopting a baby affect my rights to enroll in my health plan or health insurance coverage?

Birth and adoption (including placement for adoption) may trigger a special enrollment period during which you, your spouse, and your dependents can enroll in your employer's plan or in a plan offered through the Health Insurance Marketplace. To request special enrollment in an employer plan, you must notify your plan within 30 days of your child's birth, adoption, or placement for adoption. If you choose to enroll in Marketplace coverage, you must do so within 60 days of the birth, adoption, or placement for adoption.

Where can I get more information?

For more information regarding your rights and responsibilities under your employer-sponsored group health plan, visit the Employee Benefits Security Administration's website at dol.gov/agencies/ebsa and go to "Workers and Families". To request assistance from one of our benefits advisors, contact EBSA electronically at askebsa.dol.gov or call toll free 1-866-444-3272.

For information on state law requirements, visit the National Association of Insurance Commissioners' website at naic.org and go to States and Jurisdiction Map to find your state insurance commissioner's office.

For information on purchasing health coverage in the Health Insurance Marketplace, visit HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.



BlueCross BlueShield of Texas

NON-DISCRIMINATION COMMUNICATION

Dear Member,

The purpose of this communication is to provide you with additional information about certain types of assistance and other rights that are available to you; however, this communication is not part of your Benefit Booklet.

Health care coverage is important for everyone.

We provide free communication aids and services for anyone with a disability or who needs language assistance.
We do not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, gender identity, age or disability.

To receive language or communication assistance free of charge, please call us at 855-710-6984.

If you believe we have failed to provide a service, or think we have discriminated in another way, contact us to file a grievance.

Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St.
35th Floor
Chicago, Illinois 60601

Phone: 855-664-7270 (voicemail)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960
Email: CivilRightsCoordinator@hcsc.net

You may file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, at:

U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
Washington, DC 20201

Phone: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Complaint Portal: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Complaint Forms: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

NOTICE

The Women's Health and Cancer Rights Act of 1998 requires this notice. This Act is effective for plan year anniversaries on or after October 21, 1998. This benefit may already be included as part of your coverage.

In the case of a covered person receiving benefits under their plan in connection with a mastectomy and who elects breast reconstruction, coverage will be provided in a manner determined in consultation with the attending physician and the patient for:

1. Reconstruction of the breast on which the mastectomy was performed;
2. Surgery and reconstruction of the other breast to produce a symmetrical appearance; and
3. Prostheses and treatment of physical complications at all stages of the mastectomy, including lymphedemas.

Deductibles, Co-Share and Copayment Amounts will be the same as those applied to other similarly covered medical services, such as surgery and prostheses.

Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) is required to provide you a HIPAA Notice of Privacy Practices as well as a State Notice of Privacy Practices. The HIPAA Notice of Privacy Practices describes how BCBSTX can use or disclose your protected health information and your rights to that information under federal law. The State Notice of Privacy Practices describes how BCBSTX can use or disclose your nonpublic personal financial information and your rights to that information under state law. Please take a few minutes and review these notices. You are encouraged to go to the Blue Access for Members (BAM) portal at BCBSTX.com to sign up to receive these notices electronically. Our contact information can be found at the end of these notices.

HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICES – Effective 9/23/13

YOUR RIGHTS. When it comes to your health information, you have certain rights.

This section explains your rights and some of our responsibilities to help you.

Get a copy of your health and claims records	<ul style="list-style-type: none"> You can ask to see or get a copy of your health and claims records and other health information we have about you. Ask us how to do this by using the contact information at the end of this notice. We will provide a copy or a summary of your health and claims records usually within 30 days of the request. We may charge a reasonable, cost-based fee.
Ask us to correct health and claims records	<ul style="list-style-type: none"> You can ask us to correct your health and claims records if you think they are incorrect or incomplete. Ask us how to do this by using the contact information at the end of this notice. We may say “no” to your request. We’ll tell you why in writing within 60 days.
Request confidential communications	<ul style="list-style-type: none"> You can ask us to contact you in a specific way or to send mail to a different address. Ask us how to do this by using the contact information at the end of this notice. We will consider all reasonable requests and must say “yes” if you tell us you would be in danger if we do not.
Ask us to limit what we use or share	<ul style="list-style-type: none"> You can ask us not to share or use certain health information for treatment, payment or our operations. Ask how to do this by using the contact information at the end of this notice. We are not required to agree to your request, and we may say “no” if it would affect your care.
Get a list of those with whom we’ve shared information	<ul style="list-style-type: none"> You can ask for a list (accounting) for six years prior to your request date of when we shared your information, who we shared it with and why. Ask us how to do this by using the contact information at the end of this notice. We will include all the disclosures except for those about treatment, payment, and our operations, and certain other disclosures (such as any you asked us to make). We will provide one accounting a year for free, but we may charge a reasonable, cost-based fee if you ask for another one within 12 months.
Get a copy of this Notice	<ul style="list-style-type: none"> You can ask for a paper copy of this notice at any time, even if you have agreed to receive the notice electronically. To request a copy of this notice, use the contact information at the end of this notice and we will send you one promptly.
Choose someone to act for you	<ul style="list-style-type: none"> If you have given someone medical power of attorney or if someone is your legal guardian, that person can exercise your rights and make choices for you. We confirm this information before we release them any of your information.

File a complaint if you feel your rights are violated

- You can complain if you feel we have violated your privacy rights by using the contact information at the end of this notice.
- You can also file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights by calling 1-877-696-6775; or by visiting www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ or by sending a letter to them at: 200 Independence Ave., SW, Washington, D.C. 20201.
- We will not retaliate against you for filing a complaint.

YOUR CHOICES. For certain health information, you can tell us your choices about what we share.

If you have a clear preference on how you want us to share your information in the situations described below, tell us and we will follow your instructions. Use the contact information at the end of this notice.

In these cases, you have both the right and choice to tell us to:

- Share information with your family, close friends, or others involved in payment for your care
- Share information in a disaster or relief situation
- Contact you for fundraising efforts

If there is a reason you can't tell us who we can share information with, we may share it if we believe it is in your best interest to do so. We may also share information to lessen a serious or imminent threat to health or safety.

We never share your information in these situations unless you give us written permission

- Marketing purposes
- Sale of your information

OUR USES AND DISCLOSURES. How do we use or share your health information?

We typically use or share your health information in the following ways.

Help manage the health care treatment you receive

- We can use your health information and share it with professionals who are treating you.
Example: A doctor sends us information about your diagnosis and treatment plan so we can arrange additional services.

Run our organization

- We can use and disclose your information to run our organization and contact you when necessary.
Example: We use health information to develop better services for you.

We can't use any genetic information to decide whether we will give you coverage except for long-term care plans.

Pay for your health Services

- We can use and disclose your health information since we pay for your health services.
Example: We share information about you with your dental plan to coordinate payment for your dental work.

Administer your plan

- We may disclose your health information to your health plan sponsor for plan administration purposes.
Example: If your company contracts with us to provide a health plan, we may provide them certain statistics to explain the premiums we charge.

How else can we use or share your health information?

We are allowed or required to share your information in other ways, usually in ways that contribute to the public good, such as public health and research. We have to meet many conditions in the law before we can share your information for these purposes. For more information go to:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

Help with public health and safety issues

- We can share your health information for certain situations such as:
 - Preventing disease
 - Helping with product recalls
 - Reporting adverse reactions to medications
 - Reporting suspected abuse, neglect or domestic violence
 - Preventing or reducing a serious threat to anyone's health or safety

Do research

- We can use or share your information for health research.

Comply with the law

- We will share information about you when state or federal law requires it, including the Department of Health and Human Services if they want to determine that we are complying with federal privacy laws.

Respond to organ/tissue donation requests and work with certain professionals

- We can share health information about you with an organ procurement organization.
- We can share information with a medical examiner, coroner or funeral director.

Address workers compensation, law enforcement, and Other government requests

- We can use or share health information about you:
 - For workers compensation claims
 - For law enforcement purposes or with a law enforcement official
 - With health oversight agencies for activities authorized by law
 - For special government functions such as military, national security, and presidential protective services or with prisons regarding inmates.

Respond to lawsuits And legal actions

- We can share health information about you in response to an administrative or court order, or in response to a subpoena.

Certain health information

- State law may provide additional protection on some specific medical conditions or health information. For example, these laws may prohibit us from disclosing or using information related to HIV/AIDS, mental health, alcohol or substance abuse and genetic information without your authorization. In these situations, we will follow the requirements of the state law.

OUR RESPONSIBILITIES. When it comes to your information, we have certain responsibilities.

- We are required by law to maintain the privacy and security of your protected health information.
- We will let you know promptly if a breach occurs that compromises the privacy or security of your information.
- We must follow the duties and privacy practices described in this notice and give you a copy of it.
- We will not use or share your information other than as described here unless you tell us we can in writing.

You may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind.

Additional information about your Privacy Rights can be found @ <https://www.hhs.gov/hipaa/>

STATE NOTICE OF PRIVACY PRACTICES – Effective 9/23/13

Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) collects nonpublic personal information about you from your insurance application, healthcare claims, payment information and consumer reporting agencies. BCBSTX:

- **Will not** disclose this information, even if your customer relationship with us ends, to any non-affiliated third parties except with your consent or as permitted by law.
- **Will** restrict access to this information to only those employees who perform functions necessary to administer our business and provide services to our customers.
- **Will** maintain security and privacy practices that include physical, technical and administrative safeguards to protect this information from unauthorized access.
- **Will** only use this information to administer your insurance plan, process your claims, ensure proper billing, provide you with customer service and comply with the law.

BCBSTX is able to share this information with certain third parties who either perform functions or services on our behalf or when required by law. These are some examples of third parties that we can share your information with:

- Company affiliates
- Business partners that provide services on our behalf (claims management, marketing, clinical support)
- Insurance brokers or agents, financial services firms, stop-loss carriers
- Regulatory agencies, other governmental entities and law enforcement agencies
- Your Employer Group Health Plan

You have a right to ask us what nonpublic financial information that we have about you and to request access to it.

CHANGES TO THESE NOTICES

We have the right to change the terms of these notices, and the changes we make will apply to all information we have about you. The new notices will be available upon request or from our website. We will also mail a copy of the new notices to you as required by law.

CONTACT INFORMATION FOR THESE NOTICES

If you would like general information about your privacy rights or would like a copy of these notices, go to: www.bcbstx.com/important-info/hipaa.

If you have specific questions about your rights or these notices, contact us in one of the following ways:

- Call us by using the toll-free number located on the back of your member identification card.
 - Call us at 1-877-361-7594.
 - Write us at Privacy Office Divisional Vice President
Blue Cross and Blue Shield of Texas
P.O. Box 804836
Chicago, IL 60680-4110
-

REVIEWED: January 2020

Health care coverage is important for everyone.

We provide free communication aids and services for anyone with a disability or who needs language assistance. We do not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, gender identity, age, sexual orientation, health status or disability.

To receive language or communication assistance free of charge, please call us at 855-710-6984.

If you believe we have failed to provide a service, or think we have discriminated in another way, contact us to file a grievance.

Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St.
35th Floor
Chicago, Illinois 60601

Phone: 855-664-7270 (voicemail)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960
Email: CivilRightsCoordinator@hcsc.net

You may file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, at:

U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
Washington, DC 20201

Phone: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Complaint Portal: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Complaint Forms: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 855-710-6984.

Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984.
العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة، فليك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم نوري، اتصل على الرقم 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 號碼 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 855-710-6984 an.
ગજરાતી Gujara ti	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રાહ હોય એવી કોઈ બીજી ચિજ્તને એસ.બી.એમ. કાયદમ બાબતે પ્રો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક્ક છે. દલાઈયા સાથે વાત કરવા માટે આ નબર 855-710-6984 પર કોલ કરો.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसकी सहायता कर रहे ह, उसके, प्र न ह, तो आपको अपनी भाषा में शि:श क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए 855-710-6984 पर काल कर।
Italiano Italian	Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero 855-710-6984.
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오.
Diné Navajo	T'11 ni, 47 doodago [a'da b7k1 an1n7lwo'7g77, na'7d7[kidgo, ts'7d1 bee n1 ah00ti'i' t'11 n77k'e n7k1 a'doolwo[d00 b7na'7d7[kid7g77 bee ni[h odoonih. Ata'dahalne'7g77 bich'8' hod77lnih kwe'4 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سوالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره 6984-710-855 تماس حاصل نمایید.
PolSKI Polish	Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiegokolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 855-710-6984.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 6984-710-855 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị, hoặc người mà quý vị giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi 855-710-6984.

City of Mission

HIPAA Notice of Privacy Practices for Personal Health Information

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.

PLEASE REVIEW THIS DOCUMENT CAREFULLY.

Dear Employee:

This is your Notice of Privacy Practices from *City of Mission*. Please read it carefully. You have received this notice because of your employee benefits. *City of Mission* strongly believes in protecting the confidentiality and security of information we collect about you. This notice refers to *City of Mission* as “us”, “we”, or “our”.

This notice describes how we protect the Protected Health Information we have about you which relates to your *City of Mission* employee benefits and how we may use and disclose this information. Protected Health Information includes individually identifiable information, which relates to your past, present or future health, treatment or payment for health care services. This notice also describes your rights with respect to your Protected Health Information and how you can exercise those rights.

We are required to provide this Notice to you by the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). For additional information regarding our HIPAA Medical Information Privacy Policy or our general privacy policies, please contact the *Human Resources Department* at 956-580-8630 or you may submit questions in writing directly to: *City of Mission, Human Resources Department, 1201 E. 8th Street, Mission, TX 78572.*

We are required by law to:

- Maintain the privacy of your Protected Health Information (PHI);
- Provide you this notice of our legal duties and privacy practices with respect to your PHI, and;
- Follow the terms of this notice.

We protect your PHI from inappropriate use or disclosure. Our employees, and those companies that help us service your employee benefits, are required to comply with our requirements that protect the confidentiality of PHI. They may look at your PHI only when there is an appropriate reason to do so, such as to administer the plans.

We will not disclose your PHI to any other company for their use in marketing their products to you. However, as described below, we will use and disclose PHI about you for business purposes relating to your employee benefits.

The main reasons for which we may use or disclose your PHI are: 1) to assist you in researching medical, dental, flexible spending account, and/or COBRA claims problems; 2) for benefit enrollment purposes and/or 3) for employee benefit plan administration. The following describes these and other possible uses and/or disclosures, together with some examples.

- **For Payment:** We may use and disclose PHI to assist you in researching claims disputes. For example, we may review PHI, at the employee's request, which is contained on claims submitted by medical or dental providers in an effort to verify that the claims were paid correctly.
- **For Health Care Operations:** We may also use and disclose PHI for benefit plan operations. These purposes include evaluating an employee's eligibility and administering the employee benefit plans. We may also disclose PHI to a business associate for benefit plan enrollment purposes. PHI may also be disclosed as part of the benefit plan renewal process so that we can make an informed decision regarding any such prospective changes to benefit plans.
- **Where Required by Law or for Public Health Activities:** We disclose PHI when required by federal, state or local law. Examples of such mandatory disclosures include notifying state or local health authorities regarding particular communicable diseases, or providing PHI to a governmental agency or regulator with health care oversight responsibilities. We may also release PHI to a coroner or medical examiner to assist in identifying a deceased individual or to determine the cause of death.
- **To Avert a Serious Threat to Health or Safety:** We may disclose PHI to avert a serious threat to someone's health or safety. We may also disclose PHI to federal, state or local agencies engaged in disaster relief as well as to private disaster relief or disaster assistance agencies to allow such entities to carry out their responsibilities in specific disaster situations.
- **For Health-Related Benefits or Services:** We may use PHI to provide you with information about benefits available to you under your current benefits plans.
- **For Law Enforcement or Specific Government Functions:** We may disclose PHI in response to a request by a law enforcement official made through a court order, subpoena, warrant, summons or similar process. We may disclose PHI about you to federal officials for intelligence, counterintelligence, and other national security activities authorized by law.
- **When Required as Part of a Regulatory or Legal Proceeding:** If you or your estate are involved in a lawsuit or a dispute, we may disclose PHI about you in response to a court or administrative order. We may also disclose PHI about you in response to a subpoena, discovery request, or other lawful process by someone else involved in the dispute, but only if efforts have been made to tell you about the request or to obtain an order protecting the PHI requested. We may disclose PHI to any governmental agency or regulator with whom you have filed a complaint or as part of a regulatory agency examination.
- **Other Uses of PHI:** Other uses and disclosures of PHI not covered by this notice and permitted by the laws that apply to us will be made only with your written authorization or that of your legal representative. If we are authorized to use or disclose PHI about you, you or your legally authorized representative may revoke that authorization, in writing, at any time, except to the extent that we have taken action relying on the authorization. You should understand that we will not be able to take back any disclosures we have already made with authorization.

EXAMPLES FOR USES AND DISCLOSURES OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

We may use or disclosure PHI as permitted or required by law, including, for example:

- To public health authorities for the purposes of preventing or controlling disease or other public health purposes;
- To appropriate government authorities to report about victims of suspected abuse, neglect, or domestic violence;
- To the Food and Drug Administration to report quality, safety, or effectiveness of the FDA-regulated products or activities;
- In certain limited circumstances to an employer such as if we are asked to evaluate or treat a work-related illness or injury;
- To qualified health authorities for purposes of conducting health oversight activities;
- In response to subpoenas, discovery requests, or other lawful legal processes in the course of a judicial or administrative proceeding;
- To law enforcement authorities as required or permitted by law such as, for example, to report a death, to report a crime on our premises, or if it appears necessary to alert law enforcement to respond to an emergency;
- To persons involved with respect to matters pertaining to a decedent, or relating to cadaveric organ, eye or tissue donation;
- In certain instances, for research purposes;
- We may disclose PHI if we believe, in good faith, that it is necessary to prevent or lessen a serious and imminent threat to the health or safety of a person or the public;
- We may disclose PHI for certain specialized government functions such as, for example, to Armed Forces Authorities with reference to military personnel or for national security purposes.

Other uses and disclosures will be made only with written authorization, which may be revoked by notifying our Privacy Officer. We may not sell protected health information.

Your Rights Regarding Personal Health Information We Maintain About You

The following are your various rights as a consumer under HIPAA concerning your PHI. Should you have questions about a specific right, please write to us at the location listed in our discussion of that right.

- **Right to Inspect and Copy Your Personal Health Information:** In most cases, you have the right to inspect and obtain a copy of the PHI that we maintain about you. To inspect and copy PHI, you must submit your request in writing to *City of Mission, Human Resources Department, 1201 E. 8th Street, Mission, TX 78572*. To receive a copy of your PHI, you may be charged a fee for the costs of copying, mailing or other supplies associated with your request. However, certain types of PHI will not be made available for inspection and copying. This includes PHI collected by us in connection with, or in reasonable anticipation of any claim or legal proceeding. In very limited circumstances we may deny your request to inspect and obtain a copy of your PHI. If we do, you may request that the denial be reviewed. An individual chosen by us who was not involved in the original decision to deny your request will conduct the review. We will comply with the outcome of that review.
- **Right to Amend Your Personal Health Information:** If you believe that your PHI is incorrect or that an important part of it is missing, you have the right to ask us to amend

your PHI while it is kept by or for us. You must provide your request and your reason for the request in writing, and submit it to *City of Mission, Human Resources Department, 1201 E. 8th Street, Mission, TX 78572*. We may deny your request if it is not in writing or does not include a reason that supports the request. In addition, we may deny your request if you ask us to amend PHI that:

- Is accurate and complete;
 - Was not created by us, unless the person or entity that created the PHI is no longer available to make the amendment;
 - Is not part of the PHI kept by or for us; or
 - Is not part of the PHI that you would be permitted to inspect and copy
-
- **Right to a List of Disclosures:** You have the right to request a list of the disclosures we have made of PHI about you. This list will not include disclosures made for treatment, payment, health care operations, for purposes or national security, made to law enforcement or to corrections personnel or made pursuant to your authorization or made directly to you. To request this list, you must submit your request in writing to *City of Mission, Human Resources Department, 1201 E. 8th Street, Mission, TX 78572*. Your request must state the time period from which you want to receive a list of disclosures. The time period may not be longer than six years and may not include dates before August 1, 2014. Your request should indicate in what form you want the list (for example, on paper or electronically). The first list you request within a 12-month period will be free. We may charge you for responding to any additional requests. We will notify you of the cost involved and you may choose to withdraw or modify your request at that time before any costs are incurred.

 - **Right to Request Restrictions:** You have the right to request a restriction or limitation on PHI we use or disclose about you for treatment, payment or health care operations, or that we disclose to someone who may be involved in your care of payment for your care, like a family member or friend. While we will consider your request, we are not required to agree to it. To request a restriction, you must make your request in writing to *City of Mission, Human Resources Department, 1201 E. 8th Street, Mission, TX 78572*. In your request, you must tell us what information you want to limit, whether you want to limit our use, disclosure or both and to whom you want the limits to apply. We will not agree to restrictions on PHI uses or disclosures that are legally required, or which are necessary to administer our business.

 - **Right to Request Confidential Communications:** You have the right to request that we communicate with you about PHI in a certain way or at a certain location if you tell us that communication in another manner may endanger you. For example, you can ask that we only contact you at work or by mail. To request confidential communications, you must make your request in writing to *City of Mission, Human Resources Department, 1201 E. 8th Street, Mission, TX 78572* and specify how or where you wish to be contacted. We will accommodate all reasonable requests.

 - **Right to File a Complaint:** If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with the Secretary of the Department of Health and Human Services. To file a complaint with City of Mission, please forward all correspondence to *City of Mission, Human Resources Department, 1201 E. 8th Street, Mission, TX 78572*. All complaints must be submitted in writing. You will not be

penalized for filing a complaint. If you have questions about how to file a complaint, please contact *City of Mission, Human Resources Department, 956-580-8630*.

ADDITIONAL INFORMATION

Changes to This Notice: We reserve the right to change the terms of this notice at any time. We reserve the right to make the revised or changed notice effective for PHI we already have about you as well as any PHI we receive in the future. You will receive a copy of any revised notice from *City of Mission* by mail, email, hand delivery or other appropriate means.

Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.cuidadodesalud.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si hay asistencia con primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW** o visite espanol.insurekidsnow.gov/ para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de “inscripción especial”, y **usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de www.askebsa.dol.gov o llame al servicio telefónico gratuito **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de enero de 2020. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

ALABAMA – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web: https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/TPLRD_CAU_cont.a.spx Teléfono: 1-800-541-5555
ALASKA – Medicaid	COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)
El Programa de Pago de Alaska primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx	Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ retransmisor del estado: 711
ARKANSAS – Medicaid	FLORIDA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web: http://flmedicaidtplrecovery.com/hipp/ Teléfono: 1-877-357-3268

<p align="center">GEORGIA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162 ext. 2131</p>	<p align="center">MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/ Teléfono: 1-800-862-4840</p>
<p align="center">INDIANA - Medicaid</p> <p>Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64 Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás Medicaid Sitio web: http://www.indianamedicaid.com Telefono: 1-800-403-0864</p>	<p align="center">MINNESOTA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/medical-assistance.jsp [Bajo el botón ELIGIBILITY, vea “what if I have other health insurance?”] Teléfono: 1-800-657-3739</p>
<p align="center">IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)</p> <p>Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563</p>	<p align="center">MISSOURI – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
<p align="center">KANSAS – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.kdheks.gov/hcf/default.htm Teléfono: 1-800-792-4884</p>	<p align="center">MONTANA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084</p>
<p align="center">KENTUCKY – Medicaid</p> <p>Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: KIHIP.PPROGRAM@ky.gov</p> <p>Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx Teléfono: 1-877-524-4718</p> <p>Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/Pages/spanish.aspx</p>	<p align="center">NEBRASKA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>
<p align="center">LOUISIANA – Medicaid</p> <p>Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>	<p align="center">NEVADA – Medicaid</p> <p>Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>
<p align="center">MAINE – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.maine.gov/dhhs/ofi/public-assistance/index.html Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711</p>	<p align="center">NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218</p>

<p align="center">NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710</p>	<p align="center">RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-262-0311 (Direct RIte Share Line)</p>
<p align="center">NUEVA YORK – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p>	<p align="center">TEXAS – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://pontehiptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493</p>
<p align="center">CAROLINA DEL NORTE – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100</p>	<p align="center">UTAH – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/spanish-language Sitio web: https://chip.health.utah.gov/espanol/ Teléfono: 1-877-543-7669</p>
<p align="center">DAKOTA DEL NORTE – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825</p>	<p align="center">VERMONT – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427</p>
<p align="center">CAROLINA DEL SUR – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820</p>	<p align="center">VIRGINIA – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://www.cubrevirginia.org/hipp/ Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-855-242-8282</p>
<p align="center">DAKOTA DEL SUR – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059</p>	<p align="center">WASHINGTON – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022</p>
<p align="center">OKLAHOMA – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742</p>	<p align="center">WEST VIRGINIA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://mywvhipp.com/ Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)</p>
<p align="center">OREGON – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075</p>	<p align="center">WISCONSIN – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/pi/p10095.pdf Teléfono: 1-800-362-3002</p>
<p align="center">PENSILVANIA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462</p>	<p align="center">WYOMING – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://wyequalitycare.acs-inc.com Teléfono: 307-777-7531</p>

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de enero de 2020, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.
Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol
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
1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., a la siguiente dirección: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2023)

DERECHOS DEL EMPLEADO SEGÚN LA LEY DE AUSENCIA FAMILIAR Y MÉDICA

DIVISIÓN DE HORAS Y SALARIOS DEL DEPARTAMENTO DE EE. UU.

DE LOS DERECHOS DE LA LICENCIA

Los empleados elegibles que trabajan para un empleador sujeto a esta ley pueden tomarse hasta 12 semanas de licencia sin sueldo sin perder su empleo por las siguientes razones:

- El nacimiento de un hijo o la colocación de un hijo en adopción o en hogar de crianza;
- Para establecer lazos afectivos con un niño (la licencia debe ser tomada dentro del primer año del nacimiento o la colocación del niño);
- Para cuidar al cónyuge del empleado, al hijo, o al padre que tenga un problema de salud serio que califique;
- Debido a un problema de salud serio del mismo empleado que califique y que resulte en que el empleado no pueda realizar su trabajo;
- Por exigencias que califiquen relacionadas con el despliegue de un miembro de las fuerzas armadas que sea cónyuge del empleado, hijo o padre.

Un empleado elegible que es cónyuge, hijo, padre o familiar más cercano del miembro de las fuerzas armadas que está cubierto, puede tomarse hasta 26 semanas de licencia bajo la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés) en un periodo de 12 meses para cuidar al miembro de las fuerzas armadas que tenga una lesión o enfermedad seria.

Un empleado no tiene que tomarse la licencia de una sola vez. Cuando es médicamente necesario o de otra manera permitido, los empleados pueden tomarse la licencia de forma intermitente o en una jornada reducida.

Los empleados pueden elegir, o un empleador puede exigir, el uso de licencias pagadas acumuladas mientras se toman la licencia bajo la FMLA. Si un empleado sustituye la licencia pagada acumulada por la licencia bajo la FMLA, el empleado tiene que respetar las políticas de pago de licencias normales del empleador.

BENEFICIOS Y PROTECCIONES

Mientras los empleados estén de licencia bajo la FMLA, los empleadores tienen que continuar con la cobertura del seguro de salud como si los empleados no estuvieran de licencia.

Después de regresar de la licencia bajo la FMLA, a la mayoría de los empleados se les tiene que restablecer el mismo trabajo o uno casi idéntico, con el pago, los beneficios y otros términos y otras condiciones de empleo equivalentes.

Un empleador no puede interferir con los derechos de la FMLA de un individuo o tomar represalias contra alguien por usar o tratar de usar la licencia bajo la FMLA, oponerse a cualquier práctica ilegal hecha por la FMLA, o estar involucrado en un procedimiento según o relacionado con la FMLA.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

Un empleado que trabaja para un empleador cubierto tiene que cumplir con tres criterios para poder ser elegible para una licencia bajo la FMLA. El empleado tiene que:

- Haber trabajado para el empleador por lo menos 12 meses;
- Tener por lo menos 1,250 horas de servicio en los 12 meses previos a tomar la licencia*; y
- Trabajar en el lugar donde el empleador tiene al menos 50 empleados dentro de 75 millas del lugar de trabajo del empleado.

*Requisitos especiales de "horas de servicio" se aplican a empleados de una tripulación de una aerolínea.

PEDIDO DE LA LICENCIA

En general, los empleados tienen que pedir la licencia necesaria bajo la FMLA con 30 días de anticipación. Si no es posible avisar con 30 días de anticipación, un empleado tiene que notificar al empleador lo más pronto posible y, generalmente, seguir los procedimientos usuales del empleador.

Los empleados no tienen que informar un diagnóstico médico, pero tienen que proporcionar información suficiente para que el empleador pueda determinar si la ausencia califica bajo la protección de la FMLA. La información suficiente podría incluir informarle al empleador que el empleado está o estará incapacitado para realizar sus funciones laborales, que un miembro de la familia no puede realizar las actividades diarias, o que una hospitalización o un tratamiento médico es necesario. Los empleados tienen que informar al empleador si la necesidad de la ausencia es por una razón por la cual la licencia bajo la FMLA fue previamente tomada o certificada.

Los empleadores pueden exigir un certificado o una recertificación periódica que respalde la necesidad de la licencia. Si el empleado determina que la certificación está incompleta, tiene que proporcionar un aviso por escrito indicando qué información adicional se requiere.

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR

Una vez que el empleador tome conocimiento que la necesidad de la ausencia del empleado es por una razón que puede calificar bajo la FMLA, el empleador tiene que notificar al empleado si él o ella es elegible para una licencia bajo FMLA y, si es elegible, también tiene que proporcionar un aviso de los derechos y las responsabilidades según la FMLA. Si el empleado no es elegible, el empleador tiene que brindar una razón por la cual no es elegible.

Los empleadores tienen que notificar a sus empleados si la ausencia será designada como licencia bajo la FMLA, y de ser así, cuánta ausencia será designada como licencia bajo la FMLA.

CUMPLIMIENTO

Los empleados pueden presentar un reclamo ante el Departamento de Trabajo de EE. UU., la División de Horas y Salarios, o pueden presentar una demanda privada contra un empleador.

La FMLA no afecta a ninguna ley federal o estatal que prohíba la discriminación ni sustituye a ninguna ley estatal o local o convenio colectivo de negociación que proporcione mayores derechos de ausencias familiares o médicas.

Para información adicional o para presentar un reclamo:

1-866-4-USWAGE

(1-866-487-9243) TTY: 1-877-889-5627

www.dol.gov/whd



Departamento de Trabajo de los EE.UU. | División de Horas y Salarios DIVISIÓN DE HORAS Y SALARIOS

Dias festivos



2020 - 2021 Dias festivos

Mark your
calendar!

<u>DIA FESTIVO</u>	<u>FECHA</u>	<u>DIA LIBRE</u>
Veterans Day	11 de noviembre, 2020	miercoles
Day before Thanksgiving (1/2 day)	25 de noviembre 2020	miercoles
Thanksgiving Day	26 de noviembre 2020	jueves
After Thanksgiving Day	27 de noviembre 2020	viernes
Christmas Eve	24 de diciembre 2020	jueves
Christmas Day	25 de diciembre 2020	viernes
New Year's Eve (1/2 day)	31 de diciembre 2020	jueves
New Year's Day	1 de enero 2021	viernes
President's Day	15 de febrero 2021	lunes
Good Friday	2 de abril 2021	viernes
Memorial Day	31 de mayo 2021	lunes
Independence Day	5 de julio 2021	lunes
Labor Day	6 septiembre 2021	lunes47

Las vacaciones opcionales pueden solicitarse cualquier día del año calendario y requieren la aprobación del Director del Departamento



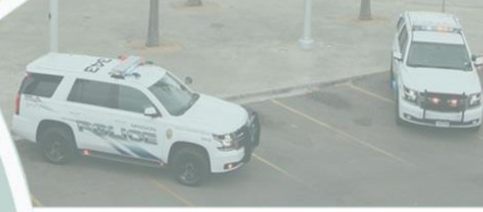
Payroll Calendar

2020 - 2021 Payroll Schedule		
Deduction	Paycheck Date	Processing Date
1	10/09/2020	10/05/2020
2	10/23/2020	10/19/2020
3	11/06/2020	11/02/2020
4	11/20/2020	11/16/2020
5	12/04/2020	11/30/2020
6	12/18/2020	12/14/2020
7	12/31/2020	12/22/2020
8	01/15/2021	01/11/2021
9	01/29/2021	01/25/2021
10	02/12/2021	02/08/2021
11	02/26/2021	02/22/2021
12	03/12/2021	03/08/2021
13	03/26/2021	03/22/2021
14	04/09/2021	04/05/2021
15	04/23/2021	04/19/2021
16	05/07/2021	05/03/2021
17	05/21/2021	05/17/2021
18	06/04/2021	05/31/2021
19	06/18/2021	06/14/2021
20	07/02/2021	06/28/2021
21	07/16/2021	07/12/2021
22	07/30/2021	07/26/2021
23	08/13/2021	08/09/2021
24	08/27/2021	08/23/2021
25	09/10/2021	09/06/2021
26	09/24/2021	09/20/2021

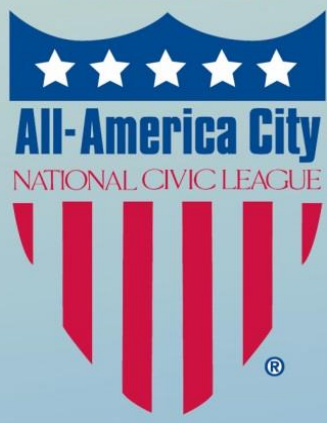
No Deductions Made

No Deductions Made

MISSION
EVENT CENTER



Mission



2019



1201 E. 8th Street
Mission, Texas 78572
(956) 580-8631