

REEP
RESIDENTIAL

2026 al 2027

BENEFICIOS PARA
LOS EMPLEADOS

GUÍA DE INSCRIPCIÓN



Beneficios Ofrecidos

Estamos orgullosos de ofrecer a nuestros empleados un paquete de beneficios competitivos. Todos los empleados regulares de tiempo completo trabajando activamente 30 horas o más por semana podrán participar en cualquiera o en todos los beneficios. A continuación, se muestra los beneficios disponibles

Cobertura
Médico
Cuentas de Ahorros (HSA)
Dental
Visión
Vida Básica y AD&D
Vida y AD&D Voluntario
Discapacidad a Corto Plazo
Discapacidad a Largo Plazo
COBRA

Mientras que todos los componentes de nuestras ofertas de beneficio están disponibles para los empleados elegibles, también muchos permiten la inscripción de dependientes elegibles, incluidos los cónyuges de los empleados, e hijos hasta la edad de 26 años.

¿Cuándo puedo inscribirme o cambiar mis elecciones de beneficios?

Empleados activamente	Durante nuestro periodo de inscripción abierta
Nuevos empleados o recién elegibles	Primer día del mes siguiente a 30 días después de la fecha de contratación
Cambios en el estado / evento que califica	Dentro de los 30 días del cambio calificado

Una vez que haya hecho sus elecciones de beneficios, usted no podrá hacer cambios hasta el próximo periodo de inscripción abierta a menos que tenga un cambio calificado en su situación. Eventos calificados incluyen:

- Matrimonio o Divorcio
- Nacimiento o adopción de un niño
- Cambios en la elegibilidad de los dependientes
- Muerte de un cónyuge, hijo u otro dependiente calificado
- Cambio de residencia debido a una transferencia de empleado para usted o su cónyuge
- Inicio o fin del procedimiento de adopción
- Cambio en los beneficios del cónyuge o de la situación laboral
- Pérdida de la cobertura en el programa de Seguro Médico para los niños (CHIP)
- Pérdida o ganancia de la cobertura de Medicaid por los empleados y/o dependientes

*Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le Brinda más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados.
Por favor vea la página 31 para más detalles.*



Médico y Medicamentos Recetados

Asegurador	BlueCross BlueShield
Numero de poliza	397580
Red	Blue Choice HSA / Blue Essentials HMO / Blue Choice PPO
Año del plan	1 de abril del 2026 – 31 de marzo del 2027
Tarjetas de Identificación	Se envía por correo y se puede obtener en línea
Sitio Web	www.bcbstx.com

A continuación, se muestra una lista de los servicios **DENTRO DE LA RED** que su plan incluye y la cantidad que **USTED** es responsable de pagar.

Beneficios dentro de la red	Plan HSA – MTBCP008H	Plan Básico – MTBEE539
Tipo de plan	HDHP PPO – HSA Eligible	HMO - Se requieren referencias Miembros deben seleccionar PCP
Servicios preventivos	0%	0%
Visita al consultorio		
- Medico primario	0% después del deducible	Copago de \$45
- Especialista	0% después del deducible	Copago de \$90
Clínicas minoristas	0% después del deducible	Copago de \$45
Visitas Virtuales	Hasta a un copago de \$48	\$0
Deducible	<i>Comienza de nuevo el 1 de enero</i>	<i>Comienza de nuevo el 1 de enero</i>
- Individuo	\$6,000	\$5,000
- Familia	\$12,000	\$15,000
Coseguro	0%	0%
Sala de emergencias	0% después del deducible	0% después de copago de \$500 y del deducible
Clínicas de urgencias (instalaciones solamente)	0% después del deducible	Copago de \$75
Hospital- paciente hospitalizado	0% después del deducible	0% después del deducible
Hospital- cirugía ambulatoria	0% después del deducible	0% después del deducible
Laboratorio y Radiografías diagnosticas		
- Visita al consultorio	0% después del deducible	0% después del deducible
- Otras instalaciones y ER	0% después del deducible	0% después del deducible
Imágenes Avanzadas	0% después del deducible	0% después del deducible
Medicamentos Recetados		
- Venta al por menor (30 días)	0% después del deducible	Preferida: \$0 / \$10 / \$50 / \$100 No Preferida: \$10 / \$20 / \$70 / \$120
- Pedido por correo (90 días)	0% después del deducible	3 x copago por menor
- Especial	0% después del deducible	Preferida: \$150 / No Pref: \$250 copago
Deducible de medicamentos recetados	Combinado con deducible medico	No aplica
Máximo del Bolsillo	<i>Incluye copagos y deducibles</i>	
- Individuo	\$6,000	\$8,150
- Familia	\$12,000	\$16,300
Deducible fuera de la red	<i>Comienza de nuevo el 1 de enero</i>	
- Individuo	\$12,000	Sin cobertura
- Familia	\$24,000	Sin cobertura
Máximo del bolsillo fuera de la red	<i>Incluye copagos y deducibles</i>	
- Individuo	Ilimitado	Sin cobertura
- Familia	Ilimitado	Sin cobertura



Médico y Medicamentos Recetados..... continuación

A continuación, se muestra una lista de los servicios **DENTRO DE LA RED** que su plan incluye y la cantidad que **USTED** es responsable de pagar.

Beneficios dentro de la red	Plan Mediano – MTBCB542	Plan Alto – MTBCB525
Tipo de plan	PPO	PPO
Servicios preventivos	0%	0%
Visita al consultorio		
- Médico primario	Copago de \$50	Copago de \$40
- Especialista	Copago de \$100	Copago de \$80
Clínicas minoristas	Copago de \$50	Copago de \$40
Visitas Virtuales	\$0	\$0
Deducible	<i>Comienza de nuevo el 1 de enero</i>	<i>Comienza de nuevo el 1 de enero</i>
- Individuo	\$5,250	\$3,000
- Familia	\$14,750	\$9,000
Coseguro	20%	0%
Sala de emergencias	20% después de copago de \$500 y del deducible	0% después de copago de \$500 y del deducible
Clínicas de urgencias (instalaciones solamente)	Copago de \$75	Copago de \$75
Hospital- paciente hospitalizado	20% después del deducible	0% después del deducible
Hospital- cirugía ambulatoria	20% después del deducible	0% después del deducible
Laboratorio y Radiografías diagnosticas		
- Visita al consultorio	20% después del deducible	0% después del deducible
- Otras instalaciones y ER	20% después del deducible	0% después del deducible
Imágenes Avanzadas	20% después del deducible	0% después del deducible
Medicamentos Recetados		
- Venta al por menor (30 días)	Preferida: \$0 / \$10 / \$50 / \$100 No Preferida: \$10 / \$20 / \$70 / \$120	Preferida: \$0 / \$10 / \$50 / \$100 No Preferida: \$10 / \$20 / \$70 / \$120
- Pedido por correo (90 días)	3 x copago por menor	3 x copago por menor
- Especial	Preferida: \$150 / No Pref: \$250 copago	Preferida: \$150 / No Pref: \$250 copago
Deducible de medicamentos recetados	No aplica	No aplica
Máximo del Bolsillo	<i>Incluye copagos y deducibles</i>	<i>Incluye copagos y deducibles</i>
- Individuo	\$7,500	\$4,500
- Familia	\$16,300	\$13,500
Deducible fuera de la red	<i>Comienza de nuevo el 1 de enero</i>	<i>Comienza de nuevo el 1 de enero</i>
- Individuo	\$10,500	\$6,000
- Familia	\$31,500	\$18,000
Máximo del bolsillo fuera de la red	<i>Incluye copagos y deducibles</i>	<i>Comienza de nuevo el 1 de enero</i>
- Individuo	Ilimitado	Ilimitado
- Familia	Ilimitado	Ilimitado



¡Importante! El plan de medicamentos recetados incluye **medicamentos genéricos obligatorios**, lo que significa que, si hay un medicamento genérico disponible y usted elige recibir el medicamento de marca, tendrá que pagar el copago del medicamento de marca más la diferencia de costo entre el medicamento genérico y el de marca.



¡Importante! Este plan también incluye **terapia escalonada** y **unos medicamentos** requieren **autorización previa**.



¡Importante! CVS **NO** es una farmacia cubierta.

Su costo por periodo de pago – quincenal

Tarifas del plan Médico	Plan HSA	Plan Básico – HMO	Plan Mediano - PPO	Plan Alto PPO
Empleado Solamente	\$76.26	\$39.47	\$136.98	\$209.58
Empleado y Cónyuge	\$195.96	\$144.73	\$280.50	\$381.58
Empleado e Hijo/s	\$310.56	\$245.51	\$417.92	\$546.26
Empleado y Familia	\$430.29	\$350.80	\$561.47	\$718.32



BlueCross BlueShield of Texas



Consultas virtuales: reciba atención médica las 24 horas el día, los siete días de la semana a un precio módico

Con el servicio de consultas virtuales Virtual Visits de MDLIVE® que ofrece Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX), un médico siempre está disponible. Este servicio con cobertura de Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) le da acceso a la atención médica, que no sea de emergencia, por parte de un médico o terapeuta avalados por la junta de especialidades, las 24 horas del día, los siete días de la semana, ya sea por teléfono, video en línea o a través de la aplicación móvil, desde casi cualquier lugar.

Evite facturas elevadas por recibir atención médica inmediata y largos tiempos de espera si puede hablar con un médico en cuestión de minutos mediante las consultas virtuales.

Estos servicios están disponibles en inglés y español. También se ofrecen servicios de traducción en otros idiomas.

¿Qué ofrecen las consultas virtuales?

- Atención médica las 24 horas del día, los siete días de la semana, por parte de médicos o terapeutas contratados independientemente y avalados por la junta de especialidades.
- Acceso a las consultas virtuales por teléfono, video en línea o aplicación móvil desde casi cualquier lugar.
- Aproximadamente el tiempo de espera es menos de 20 minutos.
- Los médicos pueden enviar sus recetas médicas electrónicamente a una farmacia en su área.

El servicio de consultas virtuales es una alternativa conveniente para atender más de 80 problemas médicos que no sean de emergencia, como los siguientes:

- alergias
- resfriados o gripe,
- fiebre,
- dolores de cabeza,
- náusea,
- sinusitis.

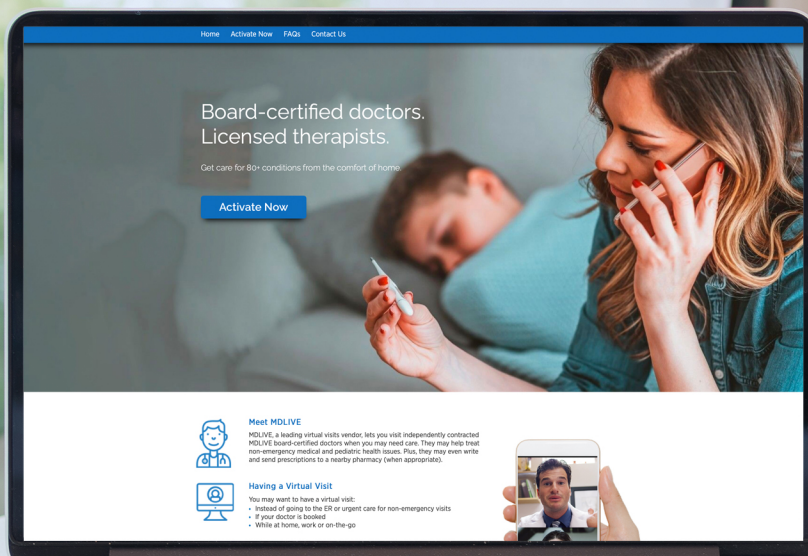
Las consultas virtuales con terapeutas con licencia en salud mental están disponibles con cita previa. Reciba atención virtual para los siguientes casos:

- depresión,
- trastornos de la alimentación,
- trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD, en inglés),
- abuso de sustancias,
- trauma y trastorno de estrés postraumático (PTSD, en inglés),
- trastorno del espectro autista.

Comuníquese primeramente con el consultorio médico. Es probable que también ofrezcan servicios en modalidad de telesalud, ya sea por teléfono o video en línea. Si tiene preguntas respecto a este u otro beneficio de BCBSTX, llame al número en su tarjeta de asegurado.

Active su cuenta hoy mismo:

- Llame a MDLIVE al 680-8646.
- Visite MDLIVE.com/bcbstx.
- Envíe BCBSTX por mensaje de texto al 635-483.
- Descargue la aplicación.



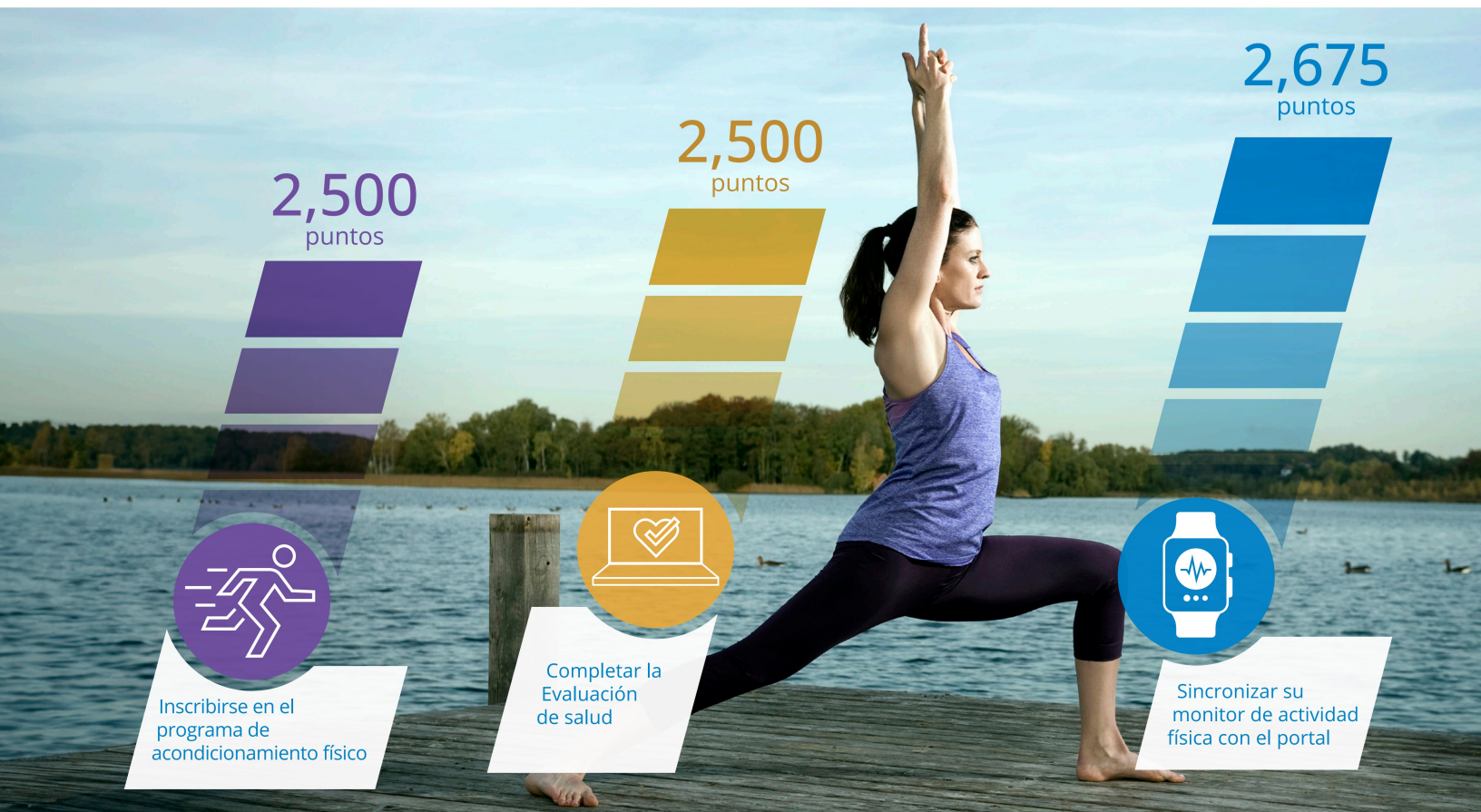
No todas las coberturas ofrecen el servicio de consultas virtuales. El servicio de atención médica inmediata está limitado a video interactivo en línea para los prestadores de servicios médicos con licencia en Nuevo México y en el Distrito de Columbia. El servicio de consultas de salud mental requiere video para la consulta inicial; posteriormente, puede usarse video o audio para las consultas de seguimiento según el criterio clínico del profesional médico. No todas las coberturas ofrecen el servicio de salud mental.

MDLIVE es una compañía aparte que opera y administra consultas virtuales para Blue Cross and Blue Shield of Texas. MDLIVE es el único responsable de su funcionamiento y del de sus profesionales médicos contratados. MDLIVE® y el logotipo de MDLIVE son marcas registradas de MDLIVE, Inc., y queda prohibido su uso sin autorización por escrito.

Blue Cross®, Blue Shield® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.



BlueCross BlueShield
of Texas



Recompensas Blue PointsSM por mantenerse saludable

Mantener un estilo de vida saludable de manera consistente puede ser difícil. Por eso, el programa de bienestar Well onTarget le brinda un poco de motivación por medio de las recompensas Blue Points.¹ Este programa puede ayudarle a encaminarse para lograr sus metas de bienestar.

Con el programa Blue Points, usted podrá ganar puntos por realizar con regularidad diferentes actividades en favor de su salud. Puede canjear estos puntos por tarjetas de regalo para usted, sus amigos o familiares.

El programa Blue Points se desarrolló tomando en cuenta sus necesidades y le ofrece muchas características convenientes, fáciles de usar, personalizadas y flexibles:

Gane puntos instantáneamente

El programa le permite ganar puntos de inmediato, así que, puede empezar a usarlos enseguida.²

Administre sus puntos fácilmente

Well onTarget, un portal interactivo de tecnología moderna y fácil de usar, disponible en **wellontarget.com**, le ayuda a averiguar cuántos puntos hay disponibles para que gane. También puede ver la cantidad total de puntos que ha ganado durante el año hasta la fecha. Toda la información de sus puntos aparecerá en una pantalla.

Well onTarget[®]

Elija entre una gran selección de recompensas de tarjeta de regalo

Canjee los puntos para obtener tarjetas de regalo digitales de hasta 75 tiendas como Amazon, Best Buy, entre otras.^{3,4} Los puntos estarán disponibles en **wellontarget.com** y en la aplicación móvil AlwaysOn. Se puede canjear de la siguiente manera:

Redeem for a value

YOU HAVE: 10000 Points

Card Type

Digital Card

☒ Digital Card will be delivered to you by email or sms

Select Value

\$3
526 Points

\$4
702 Points

\$5
877 Points

\$10
1754 Points

\$25
4386 Points

\$50
8772 Points

\$100
17554 Points

Custom Value (\$3-\$2000)

0 Points

Proceed to checkout

Participe en actividades que se ajusten a sus metas

¡Vea lo fácil que es acumular Blue Points! Los siguientes son algunos ejemplos de actividades que puede completar para ganar Blue Points:

Actividades	Blue Points que puede acumular
Completar la Evaluación de salud cada seis meses ⁴	2,500 puntos cada seis meses
Completar un programa autodirigido	1,000 puntos por trimestre
Usar monitores para registrar su progreso en lograr sus metas	10 puntos, hasta un máximo de 70 puntos por semana
Inscribirse en el programa de acondicionamiento físico	2,500 puntos
Acudir semanalmente a un gimnasio como parte de su rutina	Hasta 300 puntos por semana
Registrar progresos	Hasta 250 puntos por mes
Sincronizar una aplicación o un monitor de actividad física compatibles con el portal	2,675 puntos
Monitorizar su progreso usando una aplicación o un monitor de actividad física sincronizados	55 puntos por día

Inicie sesión en a **wellontarget.com** hoy mismo para tener acceso a todas las herramientas y recursos interactivos necesarios para comenzar a acumular Blue Points. Manténgase motivado para acumular más puntos tanto viendo las tarjetas de regalo que puede elegir como informándose sobre las recompensas que puede ganar por adoptar y mantener hábitos saludables.

1. Reglas del programa Blue Points sujetas a cambios sin previo aviso. Consulte toda la información de las Reglas oficiales del programa en el portal Well onTarget. Los puntos Blue Points se vencerán 90 días después de la finalización de una cobertura médica elegible de Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX).

2. Esto no aplica a los puntos que gane por completar las actividades del programa de acondicionamiento físico.

3. El asegurado acepta a cumplir con todas las leyes federales, estatales y locales vigentes, así como presentar declaraciones y pagar todos los impuestos que resulten por recibir cualquier recompensa.

4. Las tiendas están sujetas a cambios.

La participación en el programa de bienestar Well onTarget es voluntaria. No es necesario completar la Evaluación de salud para participar en el programa. El programa de bienestar WellonTarget es un recurso informativo para los asegurados y no pretende sustituir el juicio médico independiente de un prestador de servicios médicos. Se les recomienda a los asegurados consultar a sus prestadores de servicios médicos antes de iniciar cualquier programa de bienestar.

Tivity Health®, un contratista independiente que administra la red de gimnasios Prime Network, proporciona el programa de acondicionamiento físico. La red Prime Network está conformada por gimnasios cuya administración y operación corren por su propia cuenta.

Page 8

57300.0824

Consejo: Decidir a dónde ir para recibir atención médica

Conocer sus opciones cuando se trata de atención médica puede significar grandes ahorros en cuanto a costo y tiempo.

Este informado.
Saber a dónde ir.

¡Si necesita atención de emergencia,
o buscar ayuda de cualquier médico
u hospital de inmediato!

**LLAME
911**



Visitas virtuales

- Acceso de video desde un dispositivo móvil o computadora
- Médicos disponibles todo el día, todos los días
- Tiempo de espera aproximado: menos de 5 minutos
- Opción más rápida para atención que no sea emergencia



Consultorio de doctor

- Establezca una relación, conocimiento de su historia médica
- Horario de consultoría varía
- Tiempo de espera aproximado: 20 – 45 minutos
- Generalmente la mejor opción para la atención que no sea de emergencia



Clínica de salud minorista

- Ubicaciones convenientes en tiendas y farmacias
- Basado en el horario de las tiendas minoristas
- Tiempo de espera aproximado: 1 hora
- Atención médica menor que no sea de emergencia



Proveedor de atención urgente

- Regístrese en línea o por teléfono
- las horas generalmente incluyen fines de semanas, noches y días festivos
- Tiempo de espera aproximado: 1 hora
- Atención que no sea de emergencia



Sala de emergencias independiente

- Múltiples facturas, la condición podría requerir la transferencia al hospital de emergencia
- Médicos disponibles todo el día, todos los días
- Tiempo de espera aproximado: comúnmente menos que emergencias del hospital
- Atención de emergencia, pero no trauma



Sala de emergencia de hospital

- Múltiples facturas, el mayor costo del bolsillo para usted
- Médicos disponibles todo el día, todos los días
- Tiempo de espera aproximado: 2.5 - 3 horas
- Atención de emergencia y trauma

NOTA: Los servicios de ambulancia siempre están sujetos a coseguro y deducible. Al viajar internacionalmente, solo los servicios de emergencia están cubiertos por su plan de salud. Consulte los documentos oficiales de su plan de salud para ver qué servicios y proveedores están cubiertos por su plan de salud. La información y las estimaciones proporcionadas son solo para fines informativos e ilustrativos generales y no pretenden ser ni deben interpretarse como un consejo médico o un sustituto de la atención de su médico.



Plan Cuenta de Ahorros (HSA)

Banco HSA	ISOLVED
Sitio Web	www.isolvedbenefitservices.com
Miembros Elegibles	Empleados que participan en HDHP
Contribuciones Anuales	<u>2026</u>
- Individuo	\$4,400
- Familia	\$8,750
Contribución adicional	\$1,000 por año calendario para personas de 55 años o mayores.
Como trabaja	Puede utilizar los fondos en su cuenta para pagar los gastos médicos calificados actuales, incluidos los gastos que su seguro no puede cubrir, o guardar el dinero en su cuenta para necesidades futuras.
Cosas que saber	El dinero en la cuenta pertenece a empleado y no tiene ninguna disposición “usar o perder”.
Información Adicional	Puede haber consecuencias fiscales si se toma dinero para gastos que no son elegibles.



!Importante! Si usted está inscrito sólo en la Parte A o Partes A y B de Medicare, ya no puede contribuir a su cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA). Sin embargo, usted puede retirar dinero de su HSA después de inscribirse en Medicare para ayudar a pagar los gastos médicos (deducibles, primas, copagos o coseguro). Si usted es elegible para Medicare, pero no está inscrito en las Partes A y B, usted tendrá que comprar la Parte D de Medicare debido a que la tarjeta de medicamentos en el plan de HSA ofrecido no se considera acreditable.



Set aside funds for current and future healthcare needs, and save money when you do it with a **tax-free** account.

HEALTH SAVINGS ACCOUNT (HSA)

Save up to \$1,155 a year when you use an HSA for qualified health expenses.*

Your health is a worthy investment

Set aside tax-free money so you can save on qualified health expenses, including everyday health products, prescriptions, vision, dental, and much more.





Why HSA?

Employers and employees both win with this enticing tax and health benefit. When employees enroll in an HSA, they can save themselves and their employer in payroll-related costs.

- Maximum tax savings on every dollar contributed to an HSA
- Improved employee health, satisfaction, productivity, mental health & personal financials
- HSA benefits extend to spouses and dependents, too

Savings snapshot

If you contribute \$1,700 to your HSA, you can save \$510 in income taxes.*

Truly useful tax savings

Just a few things HSA funds can be used for:



Doctor visits



Prescription & over-the-counter meds



Prescription eyeglasses or contacts



Baby care



Menstrual care



First aid & pain relief



Dental care



Diagnostics & health tech



Chiropractic care



Skincare & sunscreen

[Learn More](#)



Two-pronged savings, triple-tax advantage

An HSA is both a way to **save on healthcare expenses** *and* a **long-term savings** vehicle for retirement. But where HSAs really shine is their triple-tax benefit:

- There's no tax on HSA contributions
- There's no tax on growth or interest earned through investment
- There's no tax on HSA withdrawals for qualified health expenses



More resources at HSAStore.com

The Learning Center has articles on how to get the most out of your HSA, including tips on investing, taxes, and optimizing your healthcare.

The Eligibility List is the most comprehensive guide available, detailing the items and services you can use your tax-free HSA for.

Plus, shop **HSAStore.com** for 2,500+ guaranteed eligible health products—all in one place.

*Assumes average tax rates, including state, federal and FICA taxes.
For illustrative purposes only. Individual earnings may vary.

Most Common Purchased HSA Eligible Health Essentials

Spending by category: Products bought with tax-free HSA funds – average savings of 30%* in taxes.



\$1,600

Average yearly
out-of-pocket spending
per household on
health products!

Shop Now



*Assumes average tax rates, including state, federal and FICA taxes. For illustrative purposes only. Individual earnings may vary.

Asegurador	UnitedHealthcare
Numero de póliza	1662199
Red	National Options
Año de plan	1 de abril del 2026 – 31 de marzo del 2027
Tarjetas de identificación	Solo electrónica
Sitio Web	www.myuhcdental.com

A continuación, se muestra una lista de los servicios **DENTRO DE LA RED** que se incluyen en su plan y la cantidad que **USTED** es responsable de pagar.

Beneficios dentro de la red	Plan Básico – P9122	Plan Alto – 35X08
Deducible	<i>Comienza de nuevo el 1 de enero</i>	<i>Comienza de nuevo el 1 de enero</i>
- Individuo	\$50	\$50
- Familia	\$150	\$150
Beneficio máximo anual	\$1,000	Ilimitado
Servicios Preventivos	0% - sin deducible	0% - sin deducible
- Servicios cubiertos	2 limpiezas cada 12 meses consecutivos, radiografías (aleta de mordida: 1 por año calendario, intraoral/extraoral: 2 por año calendario), tratamientos con flúor (hasta los 16 años, 2 veces cada 12 meses consecutivos), selladores (hasta los 16 años, 1 vez por primer o segundo molar permanente cada 36 meses consecutivos).	2 limpiezas cada 12 meses consecutivos, radiografías (aleta de mordida: 1 por año calendario, intraoral/extraoral: 2 por año calendario), tratamientos con flúor (hasta los 16 años, 2 veces cada 12 meses consecutivos), selladores (hasta los 16 años, 1 vez por primer o segundo molar permanente cada 36 meses consecutivos).
Servicios Básicos	20% después de deducible	20% después de deducible
- Servicios cubiertos	Restauraciones (Amalgama o Composite Anterior), Tratamiento de Urgencia, Guarda Oclusal, Anestesia, Extracciones Simples	Restauraciones (amalgama o composite posterior y anterior), tratamiento de urgencia, protectores oclusales, anestesia, extracciones simples (1 por diente de por vida), extracciones quirúrgicas, periodoncia y endodoncia.
Servicios Mayores		50% después de deducible
- Servicios cubiertos	No cubierto	Implantes, incrustaciones, coronas, prótesis dentales, prótesis parciales fijas (puentes)
Ortodoncia		
- Máximo de por vida	No cubierto	No cubierto
Periodos de espera	Ninguno	Ninguno
Reembolso por fuera de la red	MAC	Percentil 90 de usual y costumario

Su costo por periodo de pago – quincenal

Tarifas del plan Dental	Plan Básico – P9122	Plan Alto – 35X08
Empleado Solamente	\$6.68	\$22.30
Empleado y Cónyuge	\$13.37	\$44.59
Empleado e Hijo/s	\$18.00	\$46.04
Empleado y Familia	\$26.19	\$71.50

Asegurador	UnitedHealthcare
Numero de póliza	1662199
Red	UnitedHealthcare Vision
Año de plan	1 de abril del 2026 – 31 de marzo del 2027
Sitio Web	www.myuhcvision.com

A continuación, se muestra una lista de los servicios **DENTRO DE LA RED** que se incluyen en su plan y la cantidad que **USTED** es responsable de pagar.

Beneficios dentro de la red	SH009
Examen de la vista	Copago de \$10
Monturas	Subsidio de \$150 más 30% de descuento sobre el balance
Lentes	<i>Puede aplicar costo adicional para opciones de lentes (por ejemplo, progresivo, recubrimientos, protección UV, etc.)</i>
- Lentes monofocales	Copago de \$10
- Lentes bifocales	Copago de \$10
- Lentes trifocales	Copago de \$10
Lentes de contacto	<i>En lugar de monturas y lentes para anteojos</i>
- Necesarios por motivos médicos	0% - Se requiere autorización previa
- Electivo (desechable)	Subsidio de \$105
- Electivo (convencional)	Subsidio de \$105
- Ajuste y Evaluación	Hasta \$30 de copago
Frecuencia del beneficio	<i>Basado en la fecha de servicio</i>
- Examen de la vista	Una vez cada 12 meses
- Lentes	Una vez cada 12 meses
- Monturas	Una vez cada 12 meses
- Lentes de contacto	Una vez cada 12 meses
Laser	Descuentos disponibles
Reembolso por fuera de la red (Reembolso)	Examen de la vista: hasta \$40 Monturas: hasta \$45 Lentes de contacto necesario: hasta \$210 Lentes de contacto electivo: hasta \$80 Lentes monofocales: hasta \$40 Lentes bifocales: hasta \$60 Lentes trifocales: hasta \$80 Laser: No cubierto

Su costo por periodo de pago – quincenal

Tarifas del plan de Visión	
Empleado Solamente	\$3.36
Empleado y Cónyuge	\$7.06
Empleado e Hijo/s	\$8.29
Empleado y Familia	\$12.23



!!Importante! Los siguientes proveedores están dentro de la red: LensCrafters, Costco Optical, Sam's Club, EyeMart Express, Pearle Vision y otros proveedores independientes.

Seguro Básico de Vida y Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D)

Asegurador	Mutual of Omaha
Año de Plan	1 de abril del 2026 – 31 de marzo del 2027
Sitio Web	www.mutualofomaha.com

Detalles de beneficio	Empleado
Cantidad de beneficio vida básico	\$25,000
Cantidad de beneficio AD&D	Lo mismo de la cantidad de beneficio de vida
Reducción de beneficios	A la edad de 65, el benéfico reduce 65% y 50% a los 70
Su costo por periodo de pago	Este plan se paga 100% por REEP Residencial

 **!No se le olvide!** Revise la información de su beneficiario en Paycom o contacte a su Recursos Humanos.



Seguro de Vida y AD&D Voluntario

Asegurador	Mutual of Omaha		
Año de Plan	1 de abril del 2026 – 31 de marzo del 2027		
Sitio Web	www.mutualofomaha.com		
Detalles de beneficio	Empleado	Cónyuge	Hijo(s)
Cantidad de beneficio vida	Incrementos de \$10,000	Incrementos de \$10,000	\$5,000
Cantidad de beneficio AD&D	Igual que la cantidad de vida	Igual que la cantidad de vida	Igual que la cantidad de vida
Reducción de beneficios	A los 65 años, el beneficio se reducirá a 65% y 50% a los 70 años.	Sobre la base de la edad del empleado. A los 65 años, el beneficio se reducirá a 65% y 50% a los 70 años.	Terminan a los 26 años.
Plan máximo	\$100,000 o 5 veces salario anual, cual sea menos.	Hasta \$30,000, pero no puede exceder 100% beneficio de empleado.	\$10,000 Desde el nacimiento hasta los 6 meses: \$1,000, pero no puede exceder el 100% de la cantidad del beneficio del empleado.
Evidencia de asegurabilidad (EOI)	Emisión garantizada: 5 veces salario anual hasta \$100,000. Se requiere si elige cobertura mayor de la emisión garantizada. Si se aprueba, deducciones comenzaran ese momento.	Emisión garantizada: \$30,000 Se requiere si elige cobertura mayor de la emisión garantizada. Si se aprueba, deducciones comenzaran ese momento.	Emisión garantizada: \$10,000

***Su costo por nómina se determina según la cantidad de cobertura que elija y su edad.
Puede consultar este costo en Paycom al inscribirse.***

¡Importante! Debe contratar un seguro de vida voluntario para usted si desea contratar un seguro de vida voluntario para su cónyuge o hijos dependientes.

¡No lo olvide! Revise la información de su beneficiario en Paycom o contactando a Recursos Humanos.



Seguro de Discapacidad

Asegurador	Mutual of Omaha	
Numero de póliza	G000C72Y	
Año de plan	1 de abril del 2026 – 31 de marzo del 2027	
Detalles de beneficio	Discapacidad Corto plazo (STD)	Discapacidad Largo Plazo (LTD)
Los beneficios empiezan (periodo de espera)	8 día de lesión o enfermedad	91 día de lesión o enfermedad
Porcentaje de sueldo remplazado	60%	60%
Cantidad máxima de beneficio	\$1,200 semanal	\$6,000
Duración de Beneficios	13 semanas	Reducción de la duración de los beneficios a la edad nacional de jubilación de la Seguridad Social
Limitación de embarazo	6 semanas por parto natural 8 semanas por cesaría (menos el periodo de espera de 7 día)	No aplica
Periodo de ocupación propia	No aplica	2 años
Preexistencia limitaciones	No aplica	12 meses antes 12 meses con seguridad
Información adicional	El beneficio está sujeto a impuestos	El beneficio no está sujeto a impuestos
Su costo por periodo de pago	Este plan se paga 100% por su REEP Residencial.	Vea las tarifas en Paycom



¡Importante! Usted no es elegible de recibir beneficios por discapacidad a corto plazo si usted está recibiendo beneficios de compensación laboral (Workers' Compensation).



Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

Asegurador	BlueCross BlueShield por ComPsych
Miembros elegibles	Empleado solo o los empleados y todos los miembros de la familia que residen en su hogar
Servicios ofrecidos	Servicios confidenciales de asesoramiento y derivación diseñados para ayudar con cualquier problema personal, laboral o familiar.
Número de visitas cara a cara	5
Número de teléfono	844-213-8968
Sitio web	www.guidanceresources.com ID Web: BCBSTXEAP App: GuidanceNow
Su costo por periodo de pago	Este plan se paga 100% por REEP Residential.



Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

Asegurador	Mutual of Omaha por Epoq Inc.
Miembros elegibles	Empleado solo o los empleados y todos los miembros de la familia que residen en su hogar
Servicios ofrecidos	Servicios confidenciales de asesoramiento y derivación diseñados para ayudar con cualquier problema personal, laboral o familiar.
Número de visitas cara a cara	3
Número de teléfono	1-800-316-2796
Sitio web	www.mutualofomaha.com/eap Código: MUTUALWILLS
Su costo por periodo de pago	Este plan se paga 100% por REEP Residential.



Asistencia Durante el Viaje

Asegurador	Mutual of Omaha por AXA
Número de póliza	G000C72Y
Miembros elegibles	Empleado solo o los empleados y todos los miembros de la familia que residen en su hogar
Servicios ofrecidos	Le ayuda a hacer frente a situaciones de emergencia cuando se viaja más de 100 millas de su casa o internacional.
Número de teléfono	E.E.U.U.: 1-800-856-9947 International: (312) 935-3658
Su costo por periodo de pago	Este plan se paga 100% por REEP Residential.



Preparación de Testamento

Asegurador	Mutual of Omaha por Epoq
Número de Póliza	G000C72Y
Miembros elegibles	Empleado solo o los empleados y todos los miembros de la familia que residen en su hogar
Servicios ofrecidos	Ayuda con la preparación de testamentos y otros documentos legales.
Sitio Web	www.willpreservices.com Código: MUTUALWILLS
Su costo por cheque de pago	Este plan se paga 100% por REEP Residential.



BlueCross BlueShield of Texas



Conozca su programa de Asistencia al Empleado

Encuentre apoyo profesional para sucesos difíciles de la vida cuando lo necesite.

ComPsych GuidanceResources es un Programa de Asistencia al Empleado (EAP, en inglés) incluido en su cobertura de Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX). Usted y los miembros de su familia pueden usar los servicios del EAP sin la necesidad de pagar copagos o deducibles.

Busque ayuda

No tenga miedo de pedir ayuda. Su historial médico no se compartirá con su empleador, tal como lo exige la ley.



- Por teléfono: **844-213-8968**
- En línea: **guidanceresources.com**
- Aplicación: **GuidanceNow**
- Identificación del sitio web: **BCBSTXEAP**

COMPSYCH[®]
GuidanceResources[®] Worldwide



Haga un cambio positivo

Comuníquese con un terapeuta para obtener apoyo emocional confidencial. Un profesional capacitado en salud mental puede ayudarlo con inquietudes como las siguientes:

- tristeza, preocupación y estrés;
- consumo de alcohol o drogas;
- duelos, pérdidas y dificultades personales;
- conflictos con personas en su vida.

Su EAP incluye 5 sesiones de terapia gratuitas por asunto. Cuando haya usado todas las sesiones gratuitas, puede recurrir a los beneficios y servicios de la red de BCBSTX para atenderse con el mismo terapeuta en la mayoría de los casos.

Complete sus tareas pendientes

Los especialistas pueden ahorrarle tiempo buscando servicios en su localidad para que usted no tenga que hacerlo. Pueden ayudarlo a encontrar lo siguiente:

- cuidado de niños, adultos mayores o mascotas;
- servicios para mudanzas o reparación de viviendas;
- y mucho más.

Obtenga respuestas a sus preguntas legales

Hable con un abogado para que lo ayude con cuestiones legales, como las siguientes:

- divorcio, adopción y derecho de familia;
- testamentos y fideicomisos;
- asuntos relacionados con propietarios e inquilinos.

Obtenga ayuda con las finanzas

Los expertos financieros pueden ayudarlo con una amplia variedad de asuntos monetarios. Llame para dialogar de lo siguiente:

- planificación de la jubilación o impuestos;
- traslados, hipotecas o seguros;
- presupuestos, deudas o quiebras.

Recursos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana

GuidanceResources Online es su vínculo a información y apoyo siempre que lo necesite. Conéctese para tener acceso a lo siguiente:

- artículos, podcasts, videos y presentaciones de diapositivas;
- entrenamiento a demanda;
- respuestas a sus preguntas en la sección “Pregúntele a un experto” (Ask the Expert).

Servicios disponibles Cuando más necesita ayuda

REEP Management, LLC
C72Y



La vida no siempre es sencilla. A veces, un problema personal o profesional puede afectar su trabajo, su salud y su bienestar general. Durante estos tiempos difíciles, es importante tener alguien con quien hablar para saber que no está solo.

Con el Programa de asistencia para empleados de Mutual of Omaha, puede obtener la ayuda que necesita para pasar menos tiempo preocupándose por los desafíos en su vida y poder volver a ser el trabajador productivo con el que su empleador cuenta para hacer el trabajo.

Obtenga más información sobre los servicios del Programa de Asistencia para Empleados disponibles para usted.

Estamos aquí para usted

Estamos aquí para su servicio
Visite el sitio web del Programa de Asistencia
para Empleados para ver artículos y recursos
oportunos sobre una variedad de temas de
finanzas, bienestar, salud conductual y mental.

mutualofomaha.com/eap
o llámanos: 1-800-316-2796

Servicios mejorados del EAP Características

Servicios clínicos	Valor para la empresa y los empleados
Para la familia del empleado	- Un equipo interno de profesionales de EAP con nivel de maestría que están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año para proporcionar evaluaciones individuales - Excelente servicio al cliente de un equipo dedicado a la capacitación y educación continua en cuestiones de asistencia para los empleados - Acceso a expertos en la materia en el campo de la prestación de servicios del EAP
Opciones de consultoría	Tres sesiones por año (por hogar) realizadas mediante asesoramiento presencial* o tele salud (texto, chat, teléfono o video) a través de un portal seguro que cumple con la HIPAA Red de proveedores

*Residentes de California: El Estatuto de Knox-Keene limita a no más de tres sesiones presenciales en un período de seis meses por persona.

Continúa en el reverso.

Servicios mejorados del EAP Características (continuación)

Servicios clínicos	Valor para la empresa y los empleados
Exclusivos	- Red nacional de más de 10.000 proveedores clínicos autorizados para asesoramiento presencial - Red nacional de más de 30 000 proveedores clínicos autorizados para asesoramiento mediante telesalud - Red en continua expansión para satisfacer las necesidades de los clientes - Flexibilidad para satisfacer las necesidades individuales de los clientes / miembros
Acceso	- Línea gratuita con acceso directo a un profesional de EAP de nivel de maestría - Servicios disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año - Soporte telefónico disponible en más de 120 idiomas - Formulario de envío en línea disponible para solicitudes de servicio del EAP - Los profesionales de EAP ayudarán a los miembros a desarrollar un plan e identificar recursos para satisfacer sus necesidades individuales
Servicios clínicos Servicios legales	- Recursos valiosos (bibliotecas legales, herramientas y formularios) disponibles en el sitio web del EAP - Una sesión de consultoría puede sustituirse por una consulta legal (hasta 30 minutos) con un abogado. 25% de descuento por servicios legales continuos por el mismo problema
Servicios clínicos Servicios Financieros	- Plataforma financiera inclusiva impulsada por Enrich que incluye herramientas de evaluación financiera, cursos, artículos y recursos personalizados e informes de progreso continuo para ayudar a los miembros a monitorear su salud financiera - Una sesión de consultoría puede sustituirse por una consulta financiera (hasta 30 minutos) con un abogado
Servicios clínicos Servicios para la vida laboral/personal	- Recursos y derivaciones para el cuidado infantil - Recursos y derivaciones para el cuidado de personas de mayor edad
Servicios en línea	- Un sitio web inclusivo con recursos y enlaces para asistencia adicional, que incluye: - Eventos y recursos actuales - Familia y relaciones - Bienestar emocional - Bienestar financiero - Asistencia legal - Bienestar físico - Vida laboral y carrera profesional - Biblioteca de artículos bilingües - Abuso de sustancias y adicción
Comunicación con los empleados	Todos los materiales disponibles en inglés y español.
Elegibilidad	Empleados de tiempo completo y sus familiares inmediatos; incluido el empleado, cónyuge e hijos dependientes (solteros y menores de 26 años) que residen con el empleado
Coordinación con los planes de salud	Los profesionales de EAP coordinarán los servicios con los recursos / proveedores de tratamiento dentro de la red de seguro médico del empleado para proporcionar servicios de asesoramiento cubiertos por los beneficios del seguro de salud, cuando sea posible

Los servicios y productos de seguros son ofrecidos por Mutual of Omaha Insurance Company o una de sus filiales. La mutual de Omaha Insurance Company está autorizada en todo el país. United of Omaha Life Insurance Company está autorizada en toda la nación, excepto en Nueva York. Companion Life Insurance Company está autorizada en Nueva York. Cada compañía de suscripción es la única responsable de sus propias obligaciones contractuales y financieras. Se pueden aplicar algunas exclusiones o limitaciones. No todos los servicios están disponibles en Nueva York.

Asistencia mundial en viajes que viaja con usted



Sienta la tranquilidad de saber que la asistencia en viajes* lo acompaña por el mundo, le brinda acceso a una red de profesionales que pueden ayudarlo con las referencias médicas locales o proporcionarle otros servicios de asistencia para emergencias en otros países.

Disfrute de su viaje. Estaremos a su disposición si nos necesita, las 24 horas del día, los siete días de la semana

La asistencia en viajes puede ayudarlo a evitar sacudidas inesperadas en el camino en cualquier parte del mundo. Para usted, su cónyuge y menores dependientes en cualquier viaje de hasta 120 días de duración, a más de 100 millas de su hogar.

Asistencia previa al viaje**

Para minimizar las molestias de los viajes, llámenos antes de su partida y consulte lo siguiente:

- Información sobre su pasaporte, visa o cualquier otra documentación requerida para viajes al extranjero
- Requisitos sanitarios, aduaneros y de vacunas de otros países
- Pronósticos locales e internacionales
- Tipo de cambio con actualización diaria
- Ubicaciones de consulados y embajadas

*Beneficio proporcionado por Mutual of Omaha Insurance Company. Servicios proporcionados por AXA Assistance USA (AXA)

**Disponible en cualquier momento, no sujeto al radio de distancia de 100 millas
452632_SP

Servicios de asistencia en viajes para casos de emergencia

- Servicios telefónicos de traducción e interpretación: acceso las 24 horas, todos los días, a servicios telefónicos de traducción
- Localización de servicios legales: remisiones a fiscalías u oficinas consulares locales y asistencia en el mantenimiento de las comunicaciones familiares y empresariales hasta que se contrate un asesor legal (incluye la coordinación de la asistencia financiera para fianzas/cauciones)
- Equipaje: asistencia con la pérdida, el robo o la demora del equipaje cuando el viaje se realice en transporte público
- Dinero en efectivo y pago de emergencia: asistencia con el adelanto de fondos para gastos médicos u otras emergencias en viajes mediante la coordinación con la compañía de su tarjeta de crédito, banco, empleador u otra fuente de crédito; se incluyen los acuerdos de dinero en efectivo en caso de emergencia con amigos, familiares, empresas o tarjetas de crédito
- Mensajes de emergencia: asistencia con la grabación y la recuperación de mensajes entre usted, su familia y socios comerciales en cualquier momento
- Reposición de documentos: coordinación para la reposición de la tarjeta de crédito, el pasaje aéreo u otro documento



ASISTENCIA MUNDIAL EN VIAJES

Servicios disponibles para viajes corporativos y personales.

En caso de consultas dentro de los EE. UU., llame a la línea gratuita:

1-800-856-9947

Fuera de los EE. UU., llame a la línea de cobro revertido:

(312) 935-3658



ASISTENCIA MUNDIAL EN VIAJES

Servicios disponibles para viajes corporativos y personales.

En caso de consultas dentro de los EE. UU., llame a la línea gratuita:

1-800-856-9947

Fuera de los EE. UU., llame a la línea de cobro revertido:

(312) 935-3658

- Devolución de vehículo: en caso de que sea necesaria la evacuación o la repatriación, se ofrece la devolución del vehículo sin utilizar a la compañía de alquiler de automóviles

Asistencia médica

- Búsqueda de proveedores médicos y referencias
- Comunicación sobre su estado de salud a familiares, médicos, empleadores, compañías de viajes y consulados
- Evacuación de emergencia si no hay centros médicos adecuados disponibles, incluido el pago de los gastos cubiertos
- Traslado a su domicilio para otro tratamiento; en caso de muerte, asistencia en el traslado de los restos mortales
- Coordinación del transporte para la visita de un familiar o amigo si su hospitalización dura más de siete días calendario
- Viaje de regreso al domicilio para menores dependientes si su hospitalización dura más de siete días calendario
- Asistencia en la coordinación del alojamiento si es necesario un proceso de convalecencia antes o después del tratamiento médico
- Coordinación con la compañía de seguros de salud durante una emergencia médica
- Asistencia para obtener medicamentos recetados u otros artículos médicos personales necesario

Robo de identidad

Su beneficio de asistencia en viajes incluye asistencia en caso de robo de identidad, que se coordina sin ningún costo adicional. Ya sea si se encuentra en su hogar o de viaje, este beneficio le brinda material educativo y de prevención, además de información para la recuperación, a fin de ayudarlo a proteger su identidad.

Material educativo y de prevención

- Guía integral de asistencia en casos de robo de identidad
- Consejos para protegerse del robo de identidad

Información para la recuperación

- Información sobre los pasos que debe seguir para recuperarse de una estafa con cheques o tarjetas de crédito

- Pautas para seguir si su número de seguridad social está en riesgo
- Instrucciones en caso de pérdida o robo del pasaporte
- Lista de contactos de instituciones financieras, oficinas de créditos y compañías de cheques

Asistencia

Si necesita ayuda con un problema de robo de identidad, administradores de casos están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, con los que puede comunicarse llamando al mismo número de línea gratuita utilizado para llamar a AXA: 800-856-9947.

Limitaciones del plan de asistencia en viajes

AXA no cubrirá el pago de una evacuación de emergencia, una repatriación por necesidad médica, una repatriación de los restos mortales u otros gastos incurridos cuando el viaje no supere las 100 millas desde el lugar de residencia del participante, o bien por alguna de las siguientes razones:

- Un viaje único que se extienda por más de 120 días
- El viaje se opone a las indicaciones del médico
- El viaje se realiza para recibir tratamiento médico
- En caso de embarazo y parto (excepción: complicaciones del embarazo)

Los gastos por la evacuación de emergencia, la repatriación por necesidad médica, la repatriación de los restos mortales, la coordinación del traslado de regreso de menores dependientes, familiares o amigos y la devolución de un vehículo tienen un límite de \$ 200,000 por persona por evento.

Todos los costos adicionales correrán a cargo del miembro. Esto incluye los costos médicos que son responsabilidad de la persona que recibe los servicios médicos. A fin de reunir los requisitos para este programa, los servicios deben ser autorizados y coordinados por el personal designado por AXA Assistance USA, Inc. No se aceptarán reclamos de reembolso por gastos de bolsillo.

Los servicios de asistencia en viaje son ofrecidos y administrados de forma independiente por AXA Assistance USA, Inc. (AXA). Los beneficios proporcionados como parte de la asistencia en viaje son suscritos por un tercero. AXA no está afiliada de ningún otro modo con las compañías de Mutual of Omaha. Podrían llegar a presentarse circunstancias más allá del control de AXA Assistance USA que dificulten sus intentos de proporcionar los servicios. AXA Assistance USA hará todos los esfuerzos razonables para ayudarlo a resolver su situación de emergencia. Ambas compañías son responsables de sus propias obligaciones contractuales y financieras. Pueden aplicarse limitaciones adicionales. Póngase en contacto con AXA para obtener más información.



Lleve esta tarjeta con
usted a donde viaje

Beneficio proporcionado por Mutual of Omaha.
Servicios proporcionados por AXA Assistance USA.



Lleve esta tarjeta con
usted a donde viaje

Beneficio proporcionado por Mutual of Omaha.
Servicios proporcionados por AXA Assistance USA.



Servicios de preparación de testamento

Servicios que proporciona Epoq, Inc.



Elabore su testamento en
www.willprepservices.com
 y utilice el código **MUTUALWILLS**
 para registrarse.

Elaborar un testamento es una inversión importante para su futuro, ya que puede determinar de qué manera desea que sus bienes se distribuyan luego de su muerte.

Independientemente de si es soltero, casado, tiene hijos o es abuelo, su testamento debe hacerse de acuerdo con su situación de vida.

Es por esto que es bueno que tenga acceso a los servicios GRATUITOS de preparación de testamento en línea que ofrece Epoq, Inc. (Epoq).

Simple, gratuito y seguro

Epoq ofrece un espacio de cuenta segura que le permite preparar los testamentos y otros documentos legales. Cree un testamento que se adapte a sus necesidades exclusivas desde la comodidad de su hogar.

Epoq brinda los siguientes documentos GRATUITOS:

- Última voluntad y testamento
- Poder legal
- Documento de voluntades anticipadas
- Fideicomiso en vida

Cómo funciona:

- Inicie sesión en www.willprepservices.com y utilice el código **MUTUALWILLS** para registrarse
- Responda unas preguntas simples y observe cómo la personalización de su documento sucede en tiempo real.
- Descargue los documentos, imprímalos y compártalos de manera instantánea.
- No se olvide de actualizar los documentos ante cualquier evento trascendental que ocurra en su vida como el matrimonio, divorcio o nacimiento de un hijo.
- Asegúrese de que el documento sea legalmente obligatorio (consulte con su estado los requisitos).



Mutual of Omaha

Underwritten by
 United of Omaha Life Insurance Company
 A Mutual of Omaha Company

Epoq, Inc. (Epoq) ofrece de manera independiente los servicios de preparación de testamento y otros documentos, los cuales están sujetos a sus propios términos de servicio y política de privacidad. Epoq es un servicio en línea que brinda determinadas modalidades e información legales. No se trata de un bufete jurídico y no sustituye al asesoramiento de un abogado. Las compañías de seguros de vida United of Omaha y Companion (United y Companion) y Epoq son empresas independientes, no afiliadas. Si bien United y Companion permiten que los servicios de Epoq estén disponibles para los clientes con seguros de vida de grupo, el uso de los servicios de Epoq es completamente voluntario. United y Companion no brindan ni son responsables ni asumen ninguna obligación en nombre de Epoq y no garantizan la fiabilidad, idoneidad ni los resultados de cualquiera de los servicios, asesoramiento o documentos provistos por Epoq. Además, tampoco son responsables ni suponen la obligación de cualquier divulgación de información personal o de cualquier tipo que haga Epoq. Estos servicios solo están disponibles para los clientes con seguros de vida de grupo de United y Companion.

La póliza o certificado que versa sobre la cobertura y servicios descritos en esta notificación se proporciona exclusivamente en inglés. Toda la documentación relacionada con ellos también se proporcionará solamente en inglés. Si compra este producto, le recomendamos contratar a un traductor.

Nota: Los certificados y las pólizas de seguros están disponibles en español para residentes de Puerto Rico cuando así se solicite.

Avisos Importantes

Women's Health & Cancer Rights Act of 1998 (La Ley de Salud y Cáncer de Derechos de la Mujer de 1998)

Si usted tuvo o va a tener una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios bajo el acta de Women's Health & Cancer Rights Act of 1998 (WHRCA). Para individuos que reciben beneficios relacionados con mastectomía, el alcance será proporcionado en una manera determinado en la consulta con el médico que asiste, para:

- 1) Todas las etapas de reconstrucción del seno en que la mastectomía fue realizada;
- 2) Cirugía y la reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- 3) Prótesis; y
- 4) Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluso linfedema.

Estos beneficios serán proporcionados sujetos al mismo deducible y coseguro aplicables a los otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan. Para más información, llame a su departamento de Recursos Humanos.

Newborn's and Mother's Health Protection Act [Newborn Act] (Ley de Protección de la Salud del Recién Nacido y de la Madre)

Planes de salud de grupo y emisores de seguro de salud en general no podrán, bajo la ley federal, limitar los beneficios para cualquier duración de la estancia hospitalaria en relación con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal no prohíbe en general la madre o del recién nacido proveedor a cargo, a instancias de su madre, de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, según la ley federal, requiere que un proveedor obtenga la autorización del plan o el emisor de la prescripción de la duración de la estancia que no exceda de 48 horas (o 96 horas).

Avisos Importantes

Medicaid and the Children's Health Insurance Program (CHIP) ofrecen cobertura de salud gratis o de bajo costo para niños y familias

Si usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, pero no puede pagar las primas, algunos

estados tienen programas de asistencia para las primas que pueden ayudar a pagar la cobertura. Estos estados utilizan fondos de su Medicaid o CHIP programas para ayudar a las personas que son elegibles para la cobertura de salud proporcionado por el empleador, pero necesitan ayuda para pagar sus primas de salud.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en un estado que se enumeran a continuación, usted puede ponerse en contacto con su oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si la asistencia con las primas está disponible.

Si usted o sus dependientes no están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y usted piensa que usted o alguno de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, puede ponerse en contacto con la oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque **877-KIDSNOW** o www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo aplicar. Si usted califica, usted puede pedir al Estado si tiene un programa que puede ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Una vez que se determina que usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con las primas bajo Medicaid o CHIP, se requiere el plan de salud de su empleador a permitir que usted y sus dependientes se inscriban en el plan – siempre y cuando usted y sus dependientes son elegibles y no estuviera inscrito en el plan del empleador. Esto se conoce como una oportunidad de “inscripción especial”, **y usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haber sido determinado elegible para asistencia con las primas.**

Usted puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud patrocinado por su empleador. Debe llamar a su Estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

TEXAS

www.gethipptexas.com
800-440-0493

Para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, puede contactar:

U.S. Department of Labor

U.S. Department of Health and Human Services
Employee Benefits Security Administration
Centers for Medicare & Medicaid Services

www.dol.gov/ebsa
www.cms.hhs.gov

866-444-EBSA (3272)
877-267-2323, Ext. 61565

IMPORTANTE: Si sus dependientes reciben cobertura bajo Chip después de la inscripción de su grupo, no podrá quitar la cobertura para sus dependientes. Recibiendo cobertura NO es un estado que califica. Si su dependiente pierde cobertura bajo CHIP durante el año, podrán ser cubierto bajo el plan de grupo durante 30 días del último día de cobertura.

Avisos Importantes

¿Quién es Elegible para CHIP o Medicaid para Niños?

Cuando recibe atención de emergencia o recibe tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, está protegido contra facturaciones sorpresa o facturación de saldos.

Las familias en Texas con niños sin seguro pueden ser elegibles para el seguro de salud a través de Medicaid para Niños y el Programa de Seguro Médico para Niños - Children’s Health Insurance Program (CHIP). Ambos programas ofrecen beneficios de salud, incluyendo los exámenes médicos regulares y cuidado dental. Usted puede solicitar en línea en www.chipmedicaid.org, o por teléfono al 800-647-6558. Si usted califica para CHIP, usted puede estar sujeto a una cuota de inscripción anual de \$0, \$35 o \$50 en base a sus ingresos mensuales.

CHIP y Medicaid para niños ofrecen muchos beneficios:

- elección de médicos, los exámenes médicos regulares y visitas al consultorio
- visitas al dentista, limpiezas y empastes
- medicamentos con receta y vacunas
- acceso a especialistas médicos y de atención de la salud mental
- atención y los servicios del hospital
- Suministros médicos, radiografías y pruebas de laboratorio
- el tratamiento de necesidades especiales de salud
- tratamiento de las condiciones preexistentes

Un niño debe tener 18 años o menor, ser un residente de Texas, y un ciudadano estadounidense o residente permanente legal.

Cualquier adulto que vive más de la mitad del tiempo con un niño sin seguro puede aplicar. Esto incluye: padres, padrastros, abuelos, otros parientes, tutores legales o hermanos o hermanas adultos.

Requisitos de Ingresos que se deben cumplir para ser elegible:

Miembros en la familia (adultos más niños)	MEDICAID	CHIP
	Ingresos mensuales familiar*	Ingreso mensual familiar*
1**	\$1,769	\$2,674
2	\$2,399	\$3,625
3	\$3,028	\$4,577
4	\$3,658	\$5,528
5	\$4,288	\$6,479
6	\$4,917	\$7,431
7	\$5,547	\$8,382
8	\$6,176	\$9,334
Para cada persona adicional, agrega:	\$630	\$952

*Ingreso es el dinero que se les paga antes de deducir impuestos. Sujeto a cambios mensuales.
**Una familia de uno puede ser un niño que no viene con uno de los padres.

Sus Derechos y Protecciones Contra Facturas Médicas Sorpresivas

¿Qué es la "facturación de saldo" (a veces llamada "facturación sorpresa")?

Cuando consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos gastos de su bolsillo, como un copago, un coseguro y/o un deducible. Es posible que tenga que pagar otros costos o pagar la factura completa si consulta a un proveedor o visita un centro de atención médica que no está en la red de su plan de salud.

“Fuera de la red” describe a los proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud. Es posible que se permita a los proveedores fuera de la red facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto total cobrado por un servicio. Esto se llama "facturación de saldo". Es probable que esta cantidad sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y es posible que no cuente para su límite anual de gastos de bolsillo.

La "facturación sorpresa" es una factura de saldo inesperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién está involucrado en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero recibe un tratamiento inesperado por parte de un proveedor fuera de la red.

Está protegido contra la facturación de saldos para:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro puede facturarle es el monto de participación en los costos dentro de la red de su plan (como copagos y coseguro). No se le puede facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede recibir después de que se encuentre en una condición estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo de estos servicios posteriores a la estabilización.

Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red

Cuando recibe servicios de un hospital o centro de

cirugía ambulatoria dentro de la red, es posible que ciertos proveedores estén fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto del costo compartido dentro de la red de su plan. Esto aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, asistente de cirujano, hospitalista o intensivista. Estos proveedores **no pueden** facturarle el saldo y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para que **no** se le facture el saldo.

Si obtiene otros servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle el saldo, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca está obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación de saldos. Tampoco es necesario que obtenga atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro de la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación de saldo, también tiene las siguientes protecciones:

- Solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores e instalaciones fuera de la red.
- Su plan de salud generalmente debe:
 - Cubrir los servicios de emergencia sin necesidad de obtener aprobación para los servicios por adelantado (autorización previa).
 - Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - Base lo que le debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que le pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y muestre esa cantidad en su explicación de beneficios.
 - Cuenten cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y límite de gastos de bolsillo.

Si cree que le han facturado incorrectamente, puede comunicarse con su compañía de seguros de salud.

Visite <https://www.cms.gov/nosurprises/Policies-and-Resources/Overview-of-rules-fact-sheets> para más información sobre sus derechos bajo la ley federal. Visite <https://www.tdi.texas.gov/medical-billing/index.html> para obtener más información sobre sus derechos bajo la ley de Texas.

Avisos Importantes

Notice for Outcomes-based Wellness Programs (Aviso para Programas de Bienestar basado en resultados)

Nuestro programa es un programa voluntario de bienestar a disposición de todos los empleados. El programa es administrado de acuerdo a las normas federales que permiten los programas de bienestar patrocinados por el empleador que buscan mejorar la salud de los empleados o prevenir la enfermedad, incluyendo el acta de American with Disabilities Act of 1990, Genetic Information Nondiscrimination Act of 2008, y la acta de Health Insurance Portability and Accountability Act, según sea el caso, entre otros. Si decide participar en el programa de bienestar se le pedirá que complete una evaluación de riesgos de salud voluntario o "HRA" que hace una serie de preguntas acerca de sus actividades y los comportamientos relacionados con la salud y si ha tenido o tiene ciertas condiciones médicas (por ejemplo, el cáncer, la diabetes, o enfermedades del corazón). También se le pedirá que complete un examen biométrico, que incluirá un análisis de sangre para analizar la sangre para colesterol total más HDL más LDL, glucosa, presión arterial y el índice de masa corporal (BMI). No será necesario de completar la HRA o de participar en la prueba de sangre u otros exámenes médicos.

Sin embargo, los empleados que decidan participar en el programa de bienestar recibirán un incentivo en forma de BlueCross BlueShield Blue Points que pueden cambiar por tarjetas de regalo, aparatos electrónicos, equipos de acondicionamiento físico, etc. en función de completar varias actividades relacionadas con el bienestar durante todo el año del plan. Aunque no está obligado a completar la HRA o participar en el examen biométrico, solo los empleados que lo hagan recibirán este incentivo.

Puede haber incentivos adicionales en forma de Blue Points para los empleados que participan en actividades adicionales relacionadas con la salud, como completar una Evaluación de la Salud o un Curso Auto dirigido, inscribirse en un programa de acondicionamiento físico o usar aparatos de salud que sean sincronizados con el programa BlueCross BlueShield's Well onTarget.

Si no puede participar en cualquiera de las actividades relacionadas con la salud o lograr cualquiera de los resultados de salud requeridos para obtener un incentivo, usted puede tener derecho a un ajuste razonable o un estándar alternativo. Usted puede solicitar una modificación razonable o un estándar alternativo poniéndose en contacto con Recursos Humanos o BlueCross BlueShield directamente.

La información de su HRA y los resultados de su detección biométrica serán usados para proporcionarle información para ayudarlo a entender su salud actual y los riesgos potenciales, y también puede ser utilizado para ofrecerle servicios a través del programa de bienestar, tales como entrenador en salud o manejo de enfermedades crónicas.

También se les sugiere compartir sus resultados o preocupaciones con su propio médico.

Protections from Disclosure of Medical Information

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica personal. Aunque el programa de bienestar y REEP Residential pueden utilizar información agregada que recopila a diseñar un programa basado en riesgos para la salud identificados en el lugar de trabajo, BlueCross BlueShield Well onTarget nunca revelará su información personal ya sea pública o al empleador, excepto que sea necesario para responder a una solicitud suya de un acomodo razonable necesario para participar en el programa de bienestar, o de la expresamente permitido por la ley. La información médica que identifique personalmente que se proporciona en relación con el programa de bienestar no será proporcionado a sus supervisores o gerentes y nunca podrá ser utilizada para tomar decisiones relacionadas con su empleo. Su información médica no será vendida, intercambiada, transferida o divulgada de otra forma, excepto en la medida permitida por la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y que no se le pedirá u obligado a renunciar a la confidencialidad de su información de salud como condición para participar en el programa de bienestar o recibir un incentivo. Cualquier persona que recibe su información a los efectos de que le proporciona servicios como parte del programa de bienestar va a cumplir con los mismos requisitos de confidencialidad. La única persona(s) que recibirá información de salud personal identificable es (son) enfermera registrada o técnico, un médico o un entrenador de salud con el fin de proporcionar usted con servicios bajo el programa de bienestar.

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se mantendrá separada de sus registros de personal, la información almacenada electrónicamente será encriptada, y no hay información que usted proporciona como parte del programa de bienestar será utilizada para tomar decisiones de empleo. Se tomará las precauciones adecuadas para evitar cualquier fuga de datos, y en el caso de una violación de datos que implique la información que proporcione en relación con el programa de bienestar, se noticiaremos inmediatamente. Usted no puede ser discriminado en el empleo debido a la información médica que usted proporciona como parte de su participación en el programa de bienestar, ni tampoco puede ser objeto de represalias si decide no participar. Si tiene preguntas o inquietudes acerca de este aviso, o alrededor de protección contra la discriminación y las represalias, por favor, pónganse en contacto con Recursos Humanos.

Avisos Importantes

COBERTURA ACREDITABLE acerca de su Cobertura de Medicamentos Recetados y Medicare:

Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura de medicamentos recetados actuales con REEP Residential y sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si usted está considerando en inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes de cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

Hay dos cosas importantes que usted necesita saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible desde el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, o un Medicare Advantage Plan (como un PPO o HMO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos recetados de Medicare médicas proporcionan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. REEP Residential ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el plan de BlueCross BlueShield, en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare paga y por lo tanto se considera **Cobertura Acreditable (Creditable Coverage)**. Debido a que su cobertura actual es Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa), si más tarde decide inscribirse en un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Usted puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare la primera vez que usted es elegible para

Medicare y cada año del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual de los medicamentos recetados acreditable, y no es su culpa, usted será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos meses para suscribirse en un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual con REEP Residential no se coordinará con la cobertura de la Parte D; para aquellas personas que eligen cobertura de la Parte D, la cobertura bajo el plan de REEP Residential terminará para el individuo y todos sus dependientes cubiertos.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y dejar su cobertura actual con REEP Residential, tener en cuenta que usted y sus dependientes no serán capaz de obtener su cobertura de nuevo.

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

Usted debe saber también que si cancela o pierde su cobertura actual con REEP Residential y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos después de que termine su cobertura actual, usted puede pagar una prima más alta (una multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más tarde.

Si usted lleva 63 días o más sin cobertura de medicamentos recetados acreditable, su prima mensual puede aumentar por lo menos el 1% de la prima base del beneficiario de Medicare por mes, por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted tiene 19 meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos 19% más alta que la prima base del beneficiario de Medicare. Es posible que usted tenga que pagar esta prima más alta (multa) siempre y cuando usted tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

Para obtener más información acerca de este aviso o su cobertura actual para medicamentos recetados, llame a:

Contacto: Mellissa Barajas
Teléfono: 210-542-1786

NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en el que puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de REEP Residential cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para más información sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

Revise el manual “Medicare y Usted” para información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para medicamentos recetados. Usted recibirá una copia del manual por correo cada año a partir de Medicare. También puede ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (vea la contraportada interior de su copia de “Medicare y Usted” por el número de teléfono) para obtener ayuda personalizada.
- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al 877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, ayuda adicional para pagar por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare está disponible. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en la web en www.socialsecurity.gov, o llame al 1-800-772-1213 (Los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso de cobertura acreditable. Si usted decide inscribirse a uno de los planes de medicamentos de Medicare, usted puede ser requerido para proporcionar una copia de este aviso cuando se inscriba para mostrar que si o que no ha usted mantenido cobertura acreditable, y, por lo tanto, si está o no está obligado a pagar una prima más alta (una penalidad).

Avisos Importantes

Aviso de Inscripción Especial de REEP Residential:

Se está proporcionando este aviso para asegurarse de que comprende su derecho a solicitar la cobertura de seguro de salud de grupo. Usted debe leer este aviso,

incluso si usted va a renunciar a la cobertura en este momento.

Pérdida de Otra Cobertura

Si usted declina cobertura para usted o sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura del plan de salud de grupo, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir hacia la otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después de que su cobertura o la cobertura de sus dependientes terminan (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Ejemplo: Usted ha renunciado a la cobertura debido a que estuvo cubierto bajo un plan ofrecido por el empleador de su cónyuge. Su cónyuge termina su empleo. Si usted notifica a su empleador dentro de los 30 días a partir de la fecha de que cobertura termina, usted y sus dependientes elegibles pueden solicitar cobertura bajo nuestro plan de salud.

Matrimonio, Nacimiento o Adopción

Si usted tiene un dependiente nuevo como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento o entrega en adopción.

Ejemplo: Cuando usted fue contratado por nosotros, era soltero y optó por no elegir a los beneficios de seguro de salud. Un año más tarde, se casa. Usted y sus

dependientes elegibles tienen derecho a inscribirse en este plan de salud de grupo. Sin embargo, usted debe solicitar dentro de 30 días a partir de la fecha de su matrimonio.

Medicaid o CHIP

Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) o pasa a ser elegible para un subsidio de asistencia para las primas de Medicaid o CHIP, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes. Usted debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP o la determinación de elegibilidad para un subsidio de asistencia para las primas.

Ejemplo: Cuando usted fue contratado por nosotros, sus hijos recibieron la cobertura de salud bajo CHIP y no se inscribió en nuestro plan de salud. Debido a los cambios en sus ingresos, sus hijos ya no son elegibles para la cobertura de CHIP. Usted puede inscribirse en este plan de salud de grupo si se aplica dentro de los 60 días de la fecha de la pérdida de la cobertura de CHIP.

Para Más Información o Asistencia

Para solicitar la inscripción especial u obtener más información, póngase en contacto con:

REEP Residential
Mellissa Barajas
7410 Blanco Rd. Suite 250
San Antonio, TX 78216

Preguntas y respuestas

Las inscripciones y cambios que se pueden hacer efecto el 1 de abril del 2026:

- Inscribirse o cancelar la cobertura individual y / o dependientes en los planes médico, dental, visión, vida voluntario, discapacidad corto y largo plazo.
- Hacer cambios a planes que actualmente está inscrito

¿Qué formularios deben ser completados?

- La inscripción al plan de beneficios para empleados ahora se realiza en Paycom a través de la pestaña Beneficios en los menús de eSELFserve.
- Dentro de su perfil de eSELFserve, también debe tener acceso a un enlace para un video corto que explica los conceptos básicos del proceso de inscripción.
- Si necesita ayuda con este proceso, comuníquese con Mellissa Barajas a mellissa@reepresidential.com o al 210-542-1786.

¿A quién contacto con preguntas?

- Comuníquese con Recursos Humanos, Mellissa Barajas en mellissa@reepresidential.com o al 210-542-1786.
- Pónganse en contacto con HUB International, Inc.

Lista de contactos

Nombre / Organización	Número de teléfono	Correo electrónico/ Sitio web
Tina Burger – HUB International, Inc.	210-298-7165	Tina.burger@hubinternational.com
BlueCross BlueShield Customer Service	800-521-2227	www.bcbstx.com
BlueCross BlueShield Nurse Line	800-581-0393	www.bcbstx.com
UnitedHealthcare Dental Customer Service	800-445-9090	www.myuhcdental.com
UnitedHealthcare Vision Customer Service	800-638-3120	www.myuhcvision.com
Mutual of Omaha Customer Service	800-228-7104	www.mutualofomaha.com
iSOLVED Health Savings Account (HSA)		www.isolvedbenefitsolutions.com
BlueCross BlueShield EAP	844-21-8968	www.guidanceresources.com Web ID: BCBSTXEAP
Mutual of Omaha EAP	800-316-2796	www.mutualofomaha.com/eap
Mutual of Omaha Travel Assistance	E.E.U.U.: 1-800-856-9947 International: (312) 935-3658	
Mutual of Omaha Will Prep		www.willprepservices.com Código: MUTUALWILLS

Glosario de términos médicos y seguros de salud

El glosario contiene muchos de los términos médicos usando comúnmente, pero no todos. Los términos se definen con propósitos educativo y puede diferir de los que usa su plan. Algunos incluso podrán no tener el mismo significado cuando se usan en su póliza o plan, en cuyo caso debe atenderse a la definición del plan.

Coseguro– La parte que le corresponde pagar a usted por los servicios cubiertos. En un porcentaje se la cantidad aprobada para dicho servicio. Usted paga el coseguro más cualquier deducible que deba.

Copago – Una cantidad fija que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos. La cantidad puede variar según el tipo de servicio.

Deducible – La cantidad que usted debe pagar por los servicios cubiertos antes de que su seguro médico o su plan comience a pagar. No todos servicios requieren el pago del deducible.

Coseguro para servicios de la red del plan –El porcentaje de la cantidad aprobada que usted le paga, por los servicios cubiertos a los proveedores de la salud que tienen un contrato con su seguro médico o plan. El coseguro de los servicios de proveedores de la red es generalmente más bajo que el coseguro de los servicios fuera de la red.

Copago para servicios de la red del plan – Una cantidad fija que usted les paga, por los servicios cubiertos a los proveedores de la salud que tienen un contacto con su seguro médico o plan. El copago de los servicios de proveedores de la red es generalmente más bajo que el copago de los servicios fuera de la red.

Red – Las dependencias, médicos y proveedores contratados por su seguro médico o plan para brindarle servicios.

Proveedor no preferido – un proveedor que no tiene in contrato con una compañía de seguro o con un plan para brindarle servicios. Si desea atenderse con un proveedor no preferido, usted tendrá que pagar más.

Coseguro para servicios fuera de la red del plan – El porcentaje de la cantidad aprobada que usted les paga, por los servicios cubiertos a los proveedores de la salud que no tienen in contrato con su seguro médico o plan. El coseguro de los servicios fuera de la red es generalmente más caro que el coseguro de los servicios de la red.

Copago para servicios fuera de la red del plan – Una cantidad fija que usted le paga, por los servicios cubiertos, a los proveedores de la salud no tienen un contrato con su seguro médico o plan. El copago de los servicios de proveedores de la red es generalmente más caro que el copago de los servicios de la red.

Límite de gastos del bolsillo –el monto máximo que usted pagara mientras tenga el plan antes de que su seguro médico o su plan comiencen pagar el 100% de la cantidad aprobada. Algunos planes no tienen en cuenta para este límite, a todos los copagos, deducible, coseguro, gastos fuera de la red u otros gastos.

Pre autorización – una decisión de su compañía de seguro o plan sobre si un servicio médico, tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero es necesario por motivos médicos. También se le conoce como autorización previa aprobación anticipada o pre certificación. Su seguro médico o plan puede pedírsela para ciertos servicios excepto en casos de emergencia. La autorización previa no es una garantía de que el seguro o su plan pagaran por el servicio.

Proveedor preferido – Un proveedor que tiene un contrato con su compañía de seguro o plan para brindarle servicios a usted con descuento.

Proveedor de atención primaria – Un médico para brindar, coordinar o ayudar la paciente a tener acceso a una amplia gama de servicios médicos.

UCR (Habitual, Acostumbrado y Razonable) – La cantidad que se paga por un servicio médico en un área geográfica, basada en el monto que cobran los proveedores de esa zona por servicios similares. A la URC a veces se le conoce como cantidad aprobada.

Atención úrgete – EL servicio médico que recibe por una enfermedad, herida o afección que es lo suficientemente grave como para que la persona busque atención inmediata pero no los suficientemente grave como para acudir a la sala de emergencia.

This image shows a full page of blank, lined paper. It features approximately 20 evenly spaced horizontal blue or grey lines across its entire width, typical of notebook paper. There are no margins, text, or other markings present.

[illegible]

La información de la guía de inscripción se presenta con fines ilustrativos y se basa en la información proporcionada por el empleador. El texto de esta guía se tomó de diversas descripciones resumidas del plan y la información de beneficios. Mientras se tomó todo lo posible para informar con precisión sus beneficios, las discrepancias o errores son siempre posibles. En caso de discrepancia entre la guía y los documentos reales del plan, los documentos reales del plan prevalecerán. Toda la información es confidencial, de conformidad con la Ley de Responsabilidad de 1996. Portabilidad de seguro de salud si tiene alguna pregunta sobre su guía, póngase en contacto con el departamento de Recursos Humanos.

