



Guía de Beneficios para el 2022

Año del Plan: 1 de marzo de 2022 al 28 de febrero de 2023



Invirtiendo en USTED.

Invirtiendo en USTED.

Como **empleador ejemplar**, KANE se esfuerza diariamente por cumplir y superar las expectativas de nuestros asociados. Buscamos mantener un ambiente donde todos los Asociados puedan prosperar y acogerse a la rica cultura empresarial que hemos construido a lo largo de nuestros muchos años en el ámbito. Como parte de nuestra cultura empresarial, ofrecemos un programa de beneficios completo y competitivo para ayudarnos a atraer y retener a Asociados de calidad superior como usted. Siga leyendo para aprender más sobre cómo KANE invierte en usted.

¡Aspiramos a un nivel más alto!

El Código KANE encarna los estándares sobre los cuales KANE fue construido. Reconocemos cuan arduamente nuestros Asociados se esfuerzan para mantener estos estándares diariamente. Es lo que nos destaca en el mercado. El compromiso de KANE con usted está definido por Code@Work en la siguiente página -¡El Código KANE se trata completamente de usted!

¡Ofrecemos planes de beneficios de alta calidad!

Usted es nuestro activo más valioso. Con esto en mente, KANE se complace en proporcionarle un paquete de plan de beneficios valioso y asequible. Nuestros planes ofrecen opciones y proporcionan protección financiera para usted y su familia. Cada año, KANE revisa nuestros planes de beneficios para asegurar que estamos balanceando la calidad de la atención con el costo de la cobertura para proporcionar planes con las mejores opciones. Para el año del plan 2022 (1 de marzo de 2022 al 28 de febrero de 2023), se han hecho algunas actualizaciones para servir mejor a nuestros Asociados y hemos decidido absorber cualquier aumento de costos asociado con estas mejoras. ¡Esto significa que **no habrá aumentos de contribuciones!**

¡Estamos comprometidos con su salud!

A medida que seguimos creciendo y cambiando como organización, nuestras necesidades de beneficios también siguen cambiando. Después de reevaluar nuestra huella geográfica actual, decidimos buscar un nuevo proveedor médico que pudiera proporcionar opciones y comodidad a nuestros asociados en todas las ubicaciones. Por lo tanto, para brindarle beneficios médicos para el 2022, nos estamos asociando con Highmark Blue Cross Blue Shield (BCBS, por sus siglas en inglés). La amplia red de médicos, hospitales y centros de Highmark le proporcionará comodidad, calidad y opciones. Mejor aún, nuestros planes médicos no cambiarán. Asegúrese de revisar los nuevos y geniales beneficios (que aparecen en las páginas 6-8) ofrecidos cuando sea un miembro del plan Highmark BCBS.

Ahora es el momento para que revise sus opciones y se inscriba en planes de beneficios. Una vez que esté listo para inscribirse, vaya a la página 24 para obtener instrucciones sobre cómo acceder al portal.



Invertir

invert.ir | \imber'tir\
comprometido; invertir; invierte
verbo transitivo
Involucrar o comprometerse
especialmente emocionalmente

Nuestros Asociados con nuestro activo más valioso



Código@elTrabajo

¡El Código KANE se trata completamente de usted!



Beneficios @ el Trabajo

Mantener la seguridad en primero lugar. Nuestros asociados son nuestro activo más importante. Punto. Además de las medidas de seguridad establecidas dentro de nuestro lugar de trabajo, KANE ofrece planes de beneficios que ofrecen una protección integral a Asociados y sus familias.



Balance @ el Trabajo

Esmerarse en los detalles. Sabemos la importancia de dar la milla extra en términos de servicio al cliente. También reconocemos que el cumplimiento de los compromisos laborales y personales puede ser desafiante. Ofrecemos muchos beneficios para apoyar su balance de trabajo/vida, tiempo libre pagado (PTO), un Programa de Asistencia a Socios totalmente integrado y un 401(k) de la empresa.



Comunicación @ el Trabajo

Evitar las sorpresas. En el 2022, nos estaremos comunicando más que nunca en un esfuerzo por mantener a los Asociados informados sobre la mejor manera de sacarle provecho a sus beneficios. Esté pendiente a correos electrónicos, carteles, folletos, etc. - todos diseñados para mantenerlo informado sobre sus beneficios e ilustrar nuestro compromiso con proporcionar un entorno laboral ejemplar.



Bienestar @ el Trabajo

Tratar a las persona como si fuesen familia. Entendemos lo que es importante para nuestros asociados y clientes y nos esforzamos para que ello sea una prioridad. Queremos que se sientan como parte de nuestra familia. Porque lo son. Nos preocupamos por usted y su bienestar, por lo que nuestro programa de bienestar juega un papel importante en la cultura de KANE.



Recompensas Totales @ el Trabajo

Cumplir su palabra. Nos comprometemos a proporcionarle un paquete de beneficios para Asociados de primera.

Para ayudarle a comprender mejor el valor de sus beneficios, invertimos en comunicaciones a su hogar, así como en boletines electrónicos.

Notas del Plan:

Exclusión Conyugal de Cobertura Médica

Como parte de nuestro compromiso de controlar los costos del seguro médico tanto para usted como asociado como para KANE como empleador, solo permitimos que los cónyuges estén cubiertos si están desempleados o trabajan para empleadores que no proporcionan seguro de salud. Si su cónyuge puede obtener cobertura de seguro médico mediante su propio empleador, él/ella no será elegible para la cobertura médica a través de KANE.

Documentación Requerida

Cuando reporte un Evento de Vida Elegible, también deberá presentar documentación que apoye el evento que está reportando. Por ejemplo, se debe presentar un registro de nacimiento o certificado de nacimiento del hospital para agregar un niño recién nacido a su cobertura de beneficios.

¿Cuáles Familiares Pueden Estar Cubiertos?

Si se inscribe en beneficios, podría elegir cubrir a sus dependientes elegibles. Los dependientes elegibles incluyen su:

- > cónyuge legal (del mismo o distinto sexo);
- > niños menores de 26 años, independientemente de su estado civil, estado estudiantil, dependencia financiera o residencia; y
- > niños de cualquier edad [si son discapacitados antes de los 26 años] que son incapaces de tener un empleo que los sostenga y dependen de usted para su manutención.

Cambiar Sus Beneficios (Eventos de Vida Elegibles)

Los beneficios que elija durante el período de inscripción abierta anual o como asociado recién contratado permanecerán en vigor durante todo el año del plan. Sólo puede cambiar sus elecciones durante el año si tiene un Evento de Vida Elegible. Cualquier cambio solicitado debe ser consistente con un evento de vida reportado. Ejemplos de Eventos de Vida Elegibles incluyen:

- > Casamiento;
- > Nacimiento o adopción;
- > Divorcio;
- > El establecimiento o la disolución de parejas domésticas;
- > Ganancia o pérdida de cobertura del plan del cónyuge;
- > Fallecimiento del cónyuge o dependiente;
- > Pérdida de la condición de dependiente;
- > Cambio en la elegibilidad para beneficios de Medicare; o
- > Ganancia o pérdida de elegibilidad para Medicaid, un Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés), o un subsidio de asistencia de primas bajo estos programas (elección de un período de 60 días).

Usted debe reportar los Eventos de Vida Elegibles permitidos en línea o llamando al Centro de Beneficios para Asociados al 800-307-0230. La notificación deberá facilitarse en un plazo de 31 días naturales a partir del Evento de Vida Elegible admisible (a menos que se indique lo contrario). Las modificaciones solicitadas debido a un "cambio de parecer" no están permitidas hasta el próximo período anual de inscripción abierta.

Un Vistazo de Los Beneficios

Beneficios	Costo Del Beneficio	Planes Disponibles	Detalles En
Médico	● ● ●	Planes Médicos- Highmark BCBS Plan 1: El Plan Principal (Core Plan) Plan 2: El Plan de Compra Escalonada (Buy-Up Plan) Plan 3: Plan Médico de Deducible Alto Calificado (QHDHP, por sus siglas en inglés)	Páginas 4-9
Dental	●	Plan 1: Guardian Base PPO y Plan 2: Guardian Buy-up PPO	Página 11
Visión	●	Plan de Visión EyeMed	Página 12
FSAs y HSA	● ●	FSAs: Plan 1: FSA de Plan Médico y Plan 2: Cuidado de Dependientes FSA HSA: QHDHP HSA	Páginas 13-14
Beneficios de Vida/ AD&D	● ●	Plan 1: Beneficios de Vida/AD&D Básicos (Pagados por la Compañía) Plan 2: Beneficios de Vida/AD&D Voluntarios (Voluntario)	Página 15
Seguro por Discapacidad	● ●	Plan 1: Plan de Discapacidad a Corto Plazo (Pagado por la Compañía) Plan 2: Plan de Discapacidad a Largo Plazo (Voluntario)	Página 16
Beneficios de Licencias	●	Licencia de Ausencia	Página 17
Beneficios Voluntarios	● ● ●	Plan 1: Plan de Indemnización Hospitalaria (Voluntario) Plan 2: Plan de Enfermedades Graves (Voluntario) Plan 3: Plan de Accidentes Guardian (Voluntario)	Página 18
Beneficios De Retiro	●	Plan KANE 401(k) Plan	Página 19
Beneficios Adicionales KANE	● ● ●	Plan 1: InsurChoice Plan 2: Programa de Asistencia a los Socios Plan 3: Servicios de Conserjería y Reclamaciones de beneficios NFP	Página 20
Contribuciones de los Socios	N/A	Contribuciones semanales y quincenales para todos los planes	Páginas 22-23

● Costos de beneficios compartidos por usted y KANE

● Costos de beneficios pagados en su totalidad por usted

● Costos de beneficios pagados en su totalidad por KANE

Beneficios Médicos

Beneficios Médicos

La cubierta, la elección, el costo y la conveniencia son características importantes en un plan médico. Por esta razón, KANE ofrece 3 planes médicos tradicionales a sus Asociados.

Todos los asociados de KANE tienen acceso a los mismos planes médicos. Los beneficios se proporcionan mediante Highmark Blue Cross Blue Shield (BCBS). Highmark BCBS proporciona acceso a las redes de médicos y hospitales más grandes de los Estados Unidos con más de 1.7 millones de proveedores, incluyendo el 95% de todos los hospitales.

1 El Plan Principal (Core Plan)

- > Cubre **Servicios dentro de la red solamente**;
- > No requiere elección de PCP ni referido para atención especializada;
- > Pagar menos de su salario pero más cuando utiliza los servicios; y
- > Incluye cobertura de medicamentos recetados.

2 El Plan de Compra Escalonada (Buy-Up Plan)

- > Cubre Servicios Dentro y Fuera de la red;
- > No requiere elección de PCP ni referido para atención especializada;
- > Pagar menos de su salario pero más cuando utiliza los servicios; e
- > Incluye cobertura de medicamentos recetados.

3 Plan Médico de Deducible Alto Calificado (QHDHP, por sus siglas en inglés)

- > Cubre Servicios Dentro y Fuera de la red;
- > Usted paga el costo total de los servicios hasta que se cumpla el deducible (incluyendo recetas);
- > Una vez cumplido el deducible, se paga el 20% hasta llegar al máximo de gastos de bolsillo anual e
- > Incluye la cobertura de medicamentos recetados, el cual es aplicado contra el deducible.

El Resumen del Plan Médico a continuación destaca algunos de los beneficios proporcionados. No es una lista completa de los servicios cubiertos por estos planes. Para obtener información más detallada, consulte las Descripciones Resumidas del Plan (SDPs, por sus siglas en inglés) que se encuentran en la sección Biblioteca del Centro de Beneficios en Línea.

Descripción del Beneficio	El Plan Principal (Core Plan)	El Plan de Compra Escalonada (Buy-Up Plan)		Deducible Alto Calificado Plan Médico	
	Dentro de la Red SOLAMENTE	Dentro de la Red	Fuera de la Red	Dentro de la Red	Fuera de la Red
	Costo al Miembro	Costo al Miembro		Costo al Miembro	
Deducible Anual:					
•Individual	\$4,000	\$1,000	\$2,000	\$2,000	\$4,000
•Familiar	\$8,000	\$2,000	\$6,000	\$4,000	\$8,000
¿Requiere Referido?	No	No	N/A	No	N/A
Máximo Gasto Fuera del Bolsillo:					
•Individual	\$6,250	\$3,000	\$4,000	\$4,000	\$8,000
•Familiar	\$12,500	\$6,000	\$12,000	\$6,000	\$16,000
¿Require Elección de PCP?	No	No	N/A	No	N/A
Visita PCP	\$40	\$25	40%, después del deducible	20%, después del deducible	50%, después del deducible
Visita a Especialista	\$80	\$40	40%, después del deducible	20%, después del deducible	50%, después del deducible
Procedimientos de Diagnóstico					
•Diagnósticos de Radiografías/Laboratorios	50%, después del deducible	\$40	40%, después del deducible	20%, después del deducible	50%, después del deducible
•MRI/MRA, CT/CTA Scan, PET Scan	50%, después del deducible	20%, después del deducible	40%, después del deducible	20%, después del deducible	50%, después del deducible
Máximo de Por Vida	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado
Cuidado Preventivo					
•Examen Ginecológico Rutinario	\$0	\$0	40%, después del deducible	\$0	50%, después del deducible
•Mamografía Rutinaria	\$0	\$0	40%, después del deducible	\$0	50%, después del deducible
Cuidado Hospitalario					
•Estadía Hospitalaria	50%, después del deducible	20%, después del deducible	40%, después del deducible	20%, después del deducible	50%, después del deducible
•Cirujía del Mismo Día	50%, después del deducible	20%, después del deducible	40%, después del deducible	20%, después del deducible	50%, después del deducible
Visitas a la Sala de Emergencia	\$500	20%, exento del deducible	20%, exento del deducible	20%, después del deducible	20%, después del deducible
Equipo Médico Duradero	50%, después del deducible	20%, después del deducible	40%, después del deducible	20%, después del deducible	50%, después del deducible
Cobertura de Medicamentos Recetados	Dentro de la Red SOLAMENTE	Dentro de la Red	Fuera de la Red	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Al detal (suministro de 30 días)	Genéricos: \$30 De Marca: \$50 No Formularios: \$100 Especialidad: N/A	Genéricos: \$10 De Marca: \$30 No Formularios: \$50 Especialidad: N/A	Genéricos: \$10 De Marca: \$30 No Formularios: \$50 Especialidad: N/A	<i>Después del Deducible</i> Genéricos: \$10 De Marca: \$30 No Formularios: \$50 Especialidad: N/A	N/A
Pedido por Correo Postal (suministro de hasta 90 días)	Genéricos: \$60 De Marca: \$100 No Formularios: \$200 Especialidad: 20% Coseguro; suministro máximo de 30 días	Genéricos: \$20 De Marca: \$60 No Formularios: \$100 Especialidad: 20% Coseguro; suministro máximo de 30 días	Genéricos: \$20 De Marca: \$60 No Formularios: \$100 Especialidad: 20% Coseguro; suministro máximo de 30 días	<i>Después del Deducible</i> Genéricos: \$20 De Marca: \$60 No Formularios: \$100 Especialidad: 20% Coseguro; suministro máximo de 30 días	N/A

La Ventaja de Highmark BCBS

Red Highmark BCBS

Es más fácil que nunca encontrar el cuidado que necesita. Mientras que no es necesario seleccionar un proveedor de atención primaria, con el 95% de proveedores participantes, encontrar un proveedor es fácil.



Visite
highmarkbcbs.com.



Seleccione la Pestaña Buscar
un Médico o Farmacia.



Búsqueda por categoría o
por especialidad, condición
o proveedor.

Los miembros activos que se registren en el sitio web de los miembros podrán:

- > Buscar y comprar cuidado.
- > Obtener información de cobertura sobre sus beneficios.
- > Ver la actividad de reclamaciones.
- > ¡Ver e imprimir su tarjeta de identificación virtual y mucho más!

Para inscribirse:

- 1) Visite highmarkbcbs.com.
- 2) Introduzca su número de identificación de miembro (ingrese números solamente, sin espacios, ni letras) o su Número de Seguro Social, junto con información personal.
- 3) Haga clic en "Registrar".

Maneje su Plan Remotamente con la Aplicación Highmark.

- > Acceda a su tarjeta de identificación de miembro virtual en cualquier momento.
- > Encuentre atención en red o compare los costos de los procedimientos.
- > Obtenga respuestas a preguntas sobre beneficios.
- > Vea la actividad de reclamaciones recientes.
- > Ver información del plan para familiares cubiertos.
- > Utilice el reconocimiento de huellas dactilares o rostros para un inicio de sesión rápido y seguro.



Download the Highmark Plan app today.

Sign up right on the app, or use your same login info from the member website if you already have an account.



Servicios Ofrecidos a Participantes de Highmark BCBS

Visite highmarkbcbs.com para acceder estos valiosos beneficios gratuitos:

Su plan completo al alcance de sus manos.

Su tarjeta de identificación digital, herramienta Encontrar un Médico, progreso de deducibles, estado de las reclamaciones, y otras herramientas en línea están disponibles en highmarkbcbs.com.

Cara a cara con un médico, 24/7.

Mediante tele salud, obtenga un diagnóstico, plan de tratamiento o de recetas en cualquier momento, utilizando su teléfono o computadora. *Consulte el cuadro a continuación para obtener más información.*

Apoyo personalizado para los objetivos de salud.

¿Desea bajar de peso? ¿Dejar de fumar? ¿Ser más activo? Un entrenador de bienestar puede crear un plan personalizado para usted por teléfono. Las sesiones son gratuitas y totalmente confidenciales.

Su plan médico en su bolsillo.

Obtenga acceso instantáneo a su tarjeta de identificación de miembro digital, herramientas de búsqueda de cuidados y actualizaciones de reclamaciones en su dispositivo móvil. Para empezar, sólo descargue la aplicación Highmark Plan desde la App Store o Google Play y configure su perfil.

Su centro de salud y bienestar en línea.

Con Sharecare®, encuentre su Edad Real (RealAge®), monitoree sus hábitos de salud y sueño, el estrés y su actividad física en tiempo real. *Consulte la página 8 para más información.*

Descuentos para mantenerlo saludable y activo.

Desde equipo de entrenamiento a bienestar personal y servicios de comidas saludables, Blue365 le ofrece ofertas solo para miembros.

Tele Salud

No más salas de espera y no más espera para programar. Obtenga atención cuando y donde la necesite (24-7) con Well360 Virtual Health. Esta solución le permite hablar con un médico certificado en su área de inmediato. Podrá obtener asistencia para: Atención Urgente, Terapia de Salud Mental y Citas Psiquiátricas. *(Los costos compartidos y copagos de su plan médico aplican para estos servicios.)*

Regístrese en Well360VirtualHealth.com o inicie sesión si ya utiliza el sitio de Amwell. Una vez que haya iniciado sesión, se le pedirá que actualice su contraseña y su historial médico. También se le pedirá que descargue la aplicación Well360 Virtual Health. La aplicación Well360 Virtual Health puede ser encontrada en cualquier lugar donde normalmente se descargan aplicaciones.



Servicios Ofrecidos a Participantes de Highmark BCBS



Sharecare

En 2022, estamos presentando un nuevo camino hacia el bienestar con Sharecare, una plataforma digital que ofrece información personalizada, programas y recursos para mejorar su salud.

Primero, usted tomará la prueba de RealAge® para ver si su cuerpo es mayor - o más joven - de lo que usted piensa. Luego, recibirá consejos sobre cómo retroceder su edad.

Visite mycare.sharecare.com para registrar su cuenta y empezar a usar las características únicas de Sharecare para alcanzar sus metas de salud y bienestar. Después de registrarse, ¡no olvide de descargar la aplicación, y verificarla frecuentemente para nuevas actualizaciones!

Sharecare es su asistente digital de salud y bienestar gratuito, con una variedad de programas para apoyar el bienestar físico y mental, incluyendo:

Días Verdes

Monitoree sus metas de salud fácilmente "viviendo en el verde." Cada vez que llegue a un Día Verde, estará un paso más cerca de reducir su Edad Real.

Contenido - Solo para Usted

Consulte artículos, videos y retos que coincidan con sus metas. Para seguir temas específicos, visite el área Temas de Salud.

Perfil de Salud

Vea toda su información de salud, desde datos de reclamaciones hasta resultados de laboratorio, en un mismo lugar.

AskMD

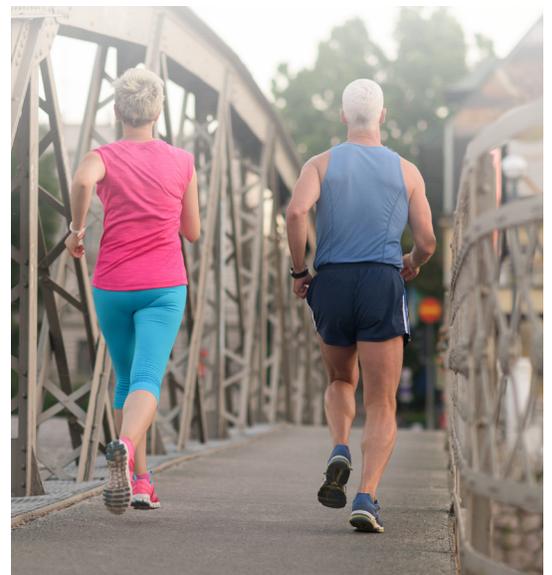
¿Está buscando consejos de salud? Ingrese sus síntomas y obtenga respuestas.

Sharecare Windows

Enfóquese en su mente, cuerpo y espíritu con videos y realidad virtual. La función Inspiraciones le ayudará a reducir el estrés y mejorar su relajación.

Retos

Disfrute de una competencia amistosa mientras se esfuerza por mantenerse saludable.



Sharecare: Monitoreo de Días Verdes (Green Day Tracking)

Desde alcanzar su meta de conteo de pasos a una mejor nutrición, Sharecare Green Day Tracking supervisa todos sus objetivos de salud en un solo lugar.

Así es como funciona:

1. **Abra Sharecare** y haga clic en el  para ver los monitoreos diarios. Verá opciones como:

- | | | |
|---------------------|--------------|--------------|
| > Peso | > Estrés | > Pasos |
| > Condición Física | > Dieta | > Relaciones |
| > Presión Sanguínea | > Colesterol | > Humo |
| > Medicamentos | > Sueño | > Alcohol |

2. **Elija los factores de salud** en los que desea enfocarse tornando verde ese factor de salud.

3. **Monitoree su progreso** manualmente mediante la aplicación o el sitio web de Sharecare, o sincronice su cuenta a un dispositivo inteligente.

4. Una vez que **alcance el estado verde** en al menos ocho de las categorías, ganará un Día Verde y estará un paso más cerca a bajar su RealAge.[®]

Sharecare: Recursos de Salud Mental

Sharecare ofrece una gama de recursos de salud mental diseñados para apoyar el bienestar emocional, incluyendo herramientas de meditación, programas de relajación guiados y desafíos de reducción del estrés.

A continuación algunas maneras de mejorar su bienestar mental con Sharecare:

- > **Ver vídeos de transformación** enfocados en la mente, el cuerpo y el espíritu. Haga clic en "Descubrir" y continúe a la sección "Inspiraciones".
- > **Siga "Temas de Salud"** para leer contenidos relevantes sobre temas como el estrés, la ansiedad, el bienestar y más.
- > **¡Únase a un reto!** Haga clic en "Lograr" para ver "Retos Activos y Futuros".
- > **Participe en una variedad de programas bajo la pestaña "Usted"** para ayudarle a vivir una vida más saludable.

Beneficios de Recetas

Cuando se inscribe en un plan médico de KANE, automáticamente recibirá cobertura para medicamentos recetados mediante Express Scripts (ESI, por sus siglas en inglés) con una tarjeta de identificación separada. Su Programa de Formularios de Administración de Farmacias proporciona una lista definida de medicamentos aprobados por la FDA elegidos por su eficacia y valor médico. El listado de formularios incluye tanto medicamentos genéricos como de marca. La parte que usted paga del costo siempre será menor para los medicamentos que aparecen en el listado de formularios. Sin embargo, hay cobertura disponible para muchos medicamentos fuera del formulario.

Tipo de Medicamento	Farmacia Al detal (Suministro de hasta 30 días)			Programa de Pedido por Correo Postal - ¡Ahórrese un copago! (Suministro de hasta 90 días)		
	Plan Principal (Core Plan)	Plan de Compra Escalonada (Buy-Up Plan)	QHDHP*	Plan Principal (Core Plan)	Plan de Compra Escalonada (Buy-Up Plan)	QHDHP*
Genérico/Nivel 1	copago de \$30	copago de \$10	copago de \$10	copago de \$60	copago de \$20	copago de \$20
De Marca del Formulario/Nivel 2	copago de \$50	copago de \$30	copago de \$30	copago de \$100	copago de \$60	copago de \$60
Fuera del Formulario/Nivel 3	copago de \$100	copago de \$50	copago de \$50	copago de \$200	copago de \$100	copago de \$100
Especialidad	N/A			20% coseguro; suministro máximo de 30 días		

*Tenga en cuenta que cualquier copago de venta al por menor o por correo listado para el plan QHDHP aplica sólo después de que se cumpla el deducible del plan.

Términos y Programas Prescripción Clave

Medicamentos de Especialidad: Los medicamentos de especialidad son utilizados para tratar una variedad de condiciones complejas y crónicas. Los medicamentos de especialidad podrían tener requisitos especiales para los procedimientos de manipulación y administración, incluida la necesidad de entornos controlados, como controles de temperatura alta específicos para garantizar la integridad del producto. El plan de medicamentos recetados cubrirá estos medicamentos basados en el formulario anterior. Para obtener más información sobre los medicamentos de especialidad y su copago, comuníquese con Accredio Specialty Pharmacy al **800-803-2523**.

Programa de Medicamentos Recetados de Especialidad: El equipo de farmacéuticos de Rx Solutions administra un Programa Ahorros para Copagos de Especialidad coordinado con Express Scripts. Si usted está tomando medicamentos de especialidad para enfermedades como la artritis reumatoide, la esclerosis múltiple, el VIH y el cáncer, usted podría calificar para recibir asistencia para el copago. Los Copagos de Medicamentos de Especialidad son 20%. Este programa proporciona acceso a programas de copago de fabricantes, cuando sea elegible, para compensar los costos de bolsillo de los medicamentos de especialidad. El equipo de Rx Solutions se comunicará con todos los Asociados y dependientes con medicamentos de especialidad por carta para registrarse en el programa. Al recibir la carta, los miembros deben comunicarse con Rx Solutions al **888-201-9175** para inscribirse en el programa disponible a través del fabricante del medicamento.

Formulario: Una lista de medicamentos recetados que han sido evaluados y seleccionados por los farmacéuticos clínicos del asegurador por su equivalencia y eficacia terapéutica. El formulario incluye tanto medicamentos de marca como genéricos y es revisado y modificado periódicamente.

Medicamentos genéricos: Los equivalentes genéricos son medicamentos que tienen los mismos ingredientes activos (que sus equivalentes terapéuticamente) que sus homólogos de marca. Los equivalentes genéricos están disponibles cuando expira una patente de un medicamento de marca. Pueden tener un aspecto diferente a los medicamentos de marca que su contraparte en tamaño, forma o color, pero cumplen los mismos estándares de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos en cuanto a seguridad, pureza y potencia.

Límites de Cantidad: Algunos medicamentos recetados tienen límites de cantidad para garantizar que sean utilizados de forma segura. Esto significa que sólo se puede obtener una cantidad limitada cada vez que se llena la receta. Se pueden hacer excepciones si su proveedor puede establecer la necesidad médica.

Autorización Previa: Ciertos medicamentos recetados (o la cantidad prescrita de un medicamento) podrían requerir "autorización previa" antes de que le entreguen la receta. Algunos medicamentos requieren autorización previa porque podrían no ser apropiados para cada paciente

o podrían causar efectos secundarios. Su médico debe tener una lista actual de medicamentos que requieren autorización previa. Sin embargo, su médico podría llamar al número de referencia para obtener autorización e información sobre estos requisitos. La autorización previa ayuda a promover la utilización adecuada y las directrices de aplicación para la cobertura de los beneficios para medicamentos recetados.

Terapia de Pasos: La terapia de pasos es un programa que alienta a usted y a su médico a tratar medicamentos más económicos antes de pasar a alternativas de más costosas. Este programa está diseñado para obtener los medicamentos recetados que necesita, con la seguridad, el costo y - lo más importante - su salud en mente. **En Terapia de Pasos los medicamentos se agrupan en categorías, basadas en el costo:**

Medicamentos de primera línea - Los medicamentos del 1er Paso son medicamentos genéricos que han sido probados como seguros, efectivos y asequibles. Estos medicamentos deben tratarse primero porque pueden proporcionar el mismo beneficio para la salud que los medicamentos más caros a un costo menor.

Medicamentos de respaldo - Los medicamentos del Paso 2 y el Paso 3 son de marcas de renombre como los que se anuncian en la televisión. Hay medicamentos de marca de más asequibles (Paso 2) y medicamentos de marca de costos más altos (Paso 3). Los medicamentos de respaldo siempre cuestan más.

Beneficios Dentales

KANE ofrece cobertura dental integral mediante Guardian. No necesita inscribirse en beneficios médicos para elegir beneficios dentales. Los planes dentales disponibles para usted están diseñados para proporcionar cobertura para rayos X, limpiezas de rutina, empastaduras e incluso cuidados de ortodoncia (ofrecidos bajo la opción Buy-Up). Nos complace proporcionarle los planes de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) de Guardian Dental.

Planes Dentales PPO de Guardian

Bajo el Guardian Dental PPO, usted tiene la opción de utilizar proveedores dentro o fuera de la red DentalGuard. Usted puede elegir si desea o no buscar atención de un dentista participante. La red es extensa y los beneficios son similares dentro o fuera de la red. Sin embargo, su nivel de beneficios es más alto si utiliza proveedores dentro de la red. Los dentistas dentro de la red deben aceptar la tarifa negociada por Guardian como pago completo. Si decide usar un dentista no participante, se le puede facturar la diferencia entre lo que cobra el dentista y lo que Guardian pagará. La atención preventiva es cubierta 100% dentro o fuera de la red. Para encontrar un dentista participante cerca de usted, visite el sitio web de Guardian en www.guardiananytime.com.

Resumen del Plan Dental

El Resumen del Plan Dental a continuación destaca algunos de los beneficios proporcionados bajo el Plan Dental Guardian. **No es una lista completa de los servicios cubiertos por estos planes.**

Descripción del Beneficio	Plan Guardian Base PPO		Plan Guardian Buy-up PPO	
	Dentro de la Red	Fuera de la Red*	Dentro de la Red	Fuera de la Red*
Descripción del Beneficio	Costo al Miembro		Costo al Miembro	
Deducible de Año Calendario Individual/Familiar	\$50 / \$150 (Exento de deducible para servicios preventivos)		\$50 / \$150 (Exento de deducible para servicios preventivos)	
Anual Máximo/Persona:	\$1,250		\$1,750	
Servicios Preventivos y Diagnósticos	0%	0%	0%	0%
Servicios Básicos	0%	0%	0%	20%
Servicios Mayores	No Cubierto	No Cubierto	40%	50%
Endodoncia/Periodoncia	0%	0%	0%	0%
Ortodoncia (para niños solamente)	No Cubierto	No Cubierto	50%	50%
Máximo de Ortodoncia de Por Vida	N/A		\$1,000	

*Los dentistas fuera de la red pueden equilibrar la factura por la diferencia entre lo que paga el plan y lo que cobra el dentista.

¡Inscribase en un Plan Dental Guardian!

- > Cada miembro de la familia recibe hasta \$1,250/\$1,750 en beneficios pagados por año del plan (dependiendo del plan).
- > Usted tiene la flexibilidad de elegir cualquier dentista.
- > Los Proveedores Participantes de Guardian Dental presentarán reclamaciones por usted y no podrán equilibrar su factura.

Beneficios de Visión

KANE ofrece beneficios de la visión a través de EyeMed Vision Care. No necesita inscribirse en beneficios médicos para elegir beneficios de la visión. Nuestro beneficio de la visión está diseñado para proporcionar atención preventiva de rutina, como exámenes de la vista, espejuelos y otros servicios de la vista. El beneficio de la visión cubre un examen de la vista rutinario con un copago de \$10 una vez cada año calendario para visitas a médicos dentro de la red. Después de que se cumpla el copago de \$25, una asignación de \$100 para la compra de marcos y lentes estándar está disponible. EyeMed también ofrece descuentos y ahorros en otros espejuelos, gafas de sol, lentes de contacto y corrección de visión láser. EyeMed tiene una gran red de proveedores. Para recibir el mayor nivel de beneficio, debe utilizar un proveedor dentro de la red. Para encontrar un proveedor EyeMed cerca de usted, visite el sitio web de Guardian en www.eyemedvisioncare.com.

Resumen del Plan de Visión

El siguiente gráfico resume los beneficios proporcionados por el Plan EyeMed Vision.

Frecuencia de Servicios	Plan de Visión EyeMed	
	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Examen de la Vista	Una vez cada 12 meses	
Lentes/Lentes de Contacto	Una vez cada 12 meses	
Monturas	Una vez cada 24 meses	
Descripción del Beneficio	Costo al Miembro	Costo al Miembro
Examen de la Vista	\$10, luego cubierto al 100%	Cantidad sobre \$35
Lentes		
Monofocales	copago de \$25	Cantidad sobre \$25
Bifocal Forrado	copago de \$25	Cantidad sobre \$40
Trifocal Forrado	copago de \$25	Cantidad sobre \$65
Progresivas Estándar	copago de \$25	Cantidad sobre \$40
Asignación de Monturas	Cantidad sobre asignación de \$100 (20% de descuento en balances sobre \$100)	Cantidad sobre \$65
Lentes de Contacto (en lugar de espejuelos)		
Convencional	Cantidad sobre asignación de \$115 (15% de descuento en balances sobre \$115)	Cantidad sobre \$92
Desechables	Cantidad sobre asignación de \$115 (15% de descuento en balances sobre \$115)	Cantidad sobre \$92
Medicamento Necesario	copago de \$0, Pagado en su Totalidad	Cantidad sobre \$200



Muchas condiciones oculares y de la visión no exhiben síntomas obvios, y los individuos frecuentemente no se percatan de problemas. El diagnóstico temprano y el tratamiento de trastornos oculares como cataratas, glaucoma y degeneración macular son importantes para mantener una buena visión y prevenir la pérdida permanente de la visión. Los adultos deben realizarse al menos un examen ocular entre los 20 y los 29 años, dos exámenes entre los 30 y los 39 años, un examen cada cuatro años entre los 40 y los 65 años, y un examen cada uno o dos años después de los 65 años.

Al programar una cita, asegúrese de informar al proveedor que usted es miembro de EyeMed Vision Care.

Cuentas de Gastos

(Opciones para ayudar a cubrir sus gastos de bolsillo médicos y gastos de Guardería de Dependientes)

Las cuentas de gastos pueden ayudarle a ahorrar dinero permitiéndole pagar gastos elegibles de su bolsillo con contribuciones deducidas de su cheque salarial **antes de impuestos**. El dinero que usted contribuye a una cuenta de gastos se deduce antes de aplicar los impuestos federales y del Seguro Social. Usted puede disminuir sus ingresos imponibles, y potencialmente aumentar sus ingresos gastables, porque no paga impuestos sobre las contribuciones de HSA y FSA.

FSA de Atención de Dependientes y Salud están disponibles para todos los Asociados. HSA, que cubre los mismos tipos de gastos que el FSA de Cuidado de Salud, sólo está disponible para aquellos inscritos en el Plan de Salud de Alto Deducible Calificado (QHDHP). Los inscritos en QHDHP pueden elegir establecer un HSA, o pueden inscribirse en un FSA de Atención Médica. **La tabla que figura a continuación destaca las características principales de los tres tipos de Cuentas de Gastos. La información sobre reembolsos figura en la página siguiente.**

Descripción del Beneficio	Cuenta Flexible de Gastos para el Cuidado de Dependientes (FSA)	Cuenta Flexible de Gastos para Gastos de Atención Médica (FSA)	Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)
	Todos los Socios son Elegibles	Todos los Socios son Elegibles	Solo Aquellos Inscritos en QHDHP SON Elegibles
¿Qué gastos puede sufragar?	Cuidado de supervisión para que usted (y su cónyuge) puedan trabajar o asistir a la escuela. Dependientes elegibles incluye a aquellos que califican como dependientes a efectos del plan médico bajo las reglas del IRS, independientemente de sus ingresos brutos o ingresos.	Gastos de atención médica para usted y sus dependientes elegibles que no están cubiertos o totalmente reembolsados por su cobertura médica, de medicamentos recetados, dental y de la visión.	Gastos de atención médica para usted y sus dependientes elegibles que no están cubiertos o totalmente reembolsados por su cobertura médica, de medicamentos recetados, dental y de la visión.
¿Y los medicamentos de venta libre (OTC)?	N/A	Muchos tratamientos de venta libre (OTC) también son elegibles, y debido a la Ley CARES, estos artículos ya no requieren una prescripción, carta de necesidad médica (LMN, por sus siglas en inglés) o directiva médica. *	Muchos tratamientos de venta libre (OTC) también son elegibles, y debido a la Ley CARES, estos artículos ya no requieren una prescripción, carta de necesidad médica (LMN, por sus siglas en inglés) o directiva médica. *
¿Cuánto debo contribuir en el 2022?	Hasta \$5,000 ¹	Hasta \$2,850	Cobertura Individual: \$3,650 ² Cobertura Familiar: \$7,300 ²
¿Puedo inscribirme si estoy en el QHDHP con la opción HSA?	Sí	No	Este HSA sólo está disponible si usted está inscrito en el QHDHP. Usted no puede estar inscrito en un HSA y un FSA de Atención Médica al mismo tiempo.
¿Cuándo tengo acceso a mis fondos FSA?	Sólo se le puede reembolsar hasta el balance actual de su cuenta (basado en sus contribuciones reales).	Puede ser reembolsado hasta el balance total de las elecciones anuales en cualquier momento durante el año del plan.	Sólo se le puede reembolsar hasta el balance actual de su cuenta (basado en sus contribuciones reales).
¿Puedo inscribirme si no estoy inscrito/a en un Plan Médico KANE?	Sí	Sí	No, usted debe estar inscrito en QHDHP para inscribirse en el HSA.
¿Cuál es el plazo para presentar reclamaciones para reembolso?	Tiene hasta el 31 de mayo de 2023 para presentar reclamaciones por gastos incurridos antes del 15 de mayo de 2023.	Tiene hasta el 31 de mayo de 2023 para presentar reclamaciones por gastos incurridos antes del 28 de mayo de 2023.	Puede solicitar una distribución en cualquier momento para cubrir un gasto calificado.
¿Son transferidos los fondos no utilizados?	No, fondos no utilizados antes de la fecha límite se pierden.	Sí Hasta \$570 pueden ser transferidos al siguiente año del plan.	Sí Sus fondos se transferirán de un año del plan a otro.

¹ Si usted es soltero y radica como cabeza de familia o si está casado y radica una declaración conjunta. ² Los asociados mayores de 55 años pueden contribuir \$4,650 para el nivel de Cobertura Individual o \$8,300 para el nivel de Cobertura Familiar. *El 27 de marzo de 2021, la ley de Alivio y Seguridad Económica ante el Coronavirus, (Ley CARES, por sus siglas en inglés) entró en vigor, otorgando más de 20K de productos adicionales elegibles a los participantes incluyendo: Cuenta de Ahorro para la Salud (HSA, por sus siglas en inglés), Cuenta de Gasto Flexible (FSA) y Acuerdo de Reembolso de Salud (HRA, por sus siglas en inglés) y tienen acceso a medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) y productos de cuidado menstrual.

Reembolso de Reclamaciones

(Para Cuentas de Gastos: FSAs y HSA)

Su Tarjeta de Débito Highmark

Su Tarjeta de Débito Highmark facilita el gasto de dólares flexibles. **Utilice únicamente esta tarjeta para todos los beneficios de sus cuentas de gastos (FSA y HSA).** Siempre y cuando un comerciante o proveedor de servicios acepte MasterCard, no hay necesidad de pagar en efectivo por adelantado para los gastos elegibles y esperar el reembolso. Su tarjeta funciona como cualquier otra tarjeta de débito, accediendo a los fondos disponibles de su cuenta de gastos para pagar los gastos elegibles. Al usar la tarjeta, usted pagará automáticamente por atención médica, cuidado de dependientes y gastos de transporte calificados. Usted puede usar su tarjeta de débito Highmark en los comerciantes participantes que caigan bajo dos categorías generales: 1) comerciantes que utilizan la tecnología del Sistema de Aprobación de Información de Inventario (IIAS, por sus siglas en inglés); y 2) proveedores e instalaciones de atención médica. Si se inscribe en una cuenta de gastos, recibirá una tarjeta con su nombre. Puede solicitar tarjetas adicionales en **HighmarkSpendingAccounts.com** o llamando al **844-745-3607**.

Presentar Reclamaciones

Si *no* está utilizando su tarjeta de débito, hay otras 3 opciones para presentar gastos para el reembolso:

- 1 Envíe su reclamación en línea en **Highmarkbcbs.com**. Una vez conectado, puede hacer clic en "**Reclamaciones y Gastos**" para acceder a su cuenta de gastos. Las reclamaciones médicas también pueden ser presentadas a través de un teléfono inteligente utilizando la aplicación HBS Spending.
- 2 Complete y envíe un formulario de reclamo con sus recibos vía fax al **855-898-2715**.
- 3 Envíe su formulario de reclamación y recibos por correo electrónico a **SpendingAccountProcessing_Receipts@alegeus.com**.

Los reembolsos se harán directamente a usted a menos que usted indique lo contrario en su Formulario de Reclamo de FSA. Los fondos también pueden ser depositados directamente en su cuenta bancaria.

Consejos sobre Cuentas de Gastos

Descargue la Aplicación Highmark

Esta aplicación le permite administrar sus cuentas remotamente con tus dispositivos móviles. Puede revisar el balance de su cuenta, enviar recibos usando la cámara de su dispositivo y recibir saldos de cuentas y alertas mediante mensajes de texto.

Administre su(s) cuenta(s) en el portal de Highmark

Highmarkbcbs.com proporciona todas las herramientas que necesita para administrar sus FSA y HSA eficazmente. Verifique el balance y las reclamaciones de su cuenta, presente nuevas reclamaciones, regístrese para recibir depósitos directos, vea la información del plan, descargue formularios de reclamaciones y pida tarjetas nuevas o de reemplazo.

Guarde sus recibos

Siempre guarde sus recibos para gastos de salud y cuidado de dependientes elegibles, incluso cuando use su Tarjeta de Débito Highmark. El IRS requiere que los participantes de FSA validen cada transacción para asegurar su elegibilidad. Es posible que no se le requiera presentar un recibo, pero todos los recibos deben ser retenidos en caso de que sean solicitados.

Beneficios de Seguro de Vida

Seguros Básicos de Vida y AD&D

El seguro de vida proporciona seguridad y cobertura de calidad para usted y los miembros de la familia elegibles. **La cobertura Básica de Vida y Muerte y Desmembramiento Accidental (AD&D, por sus siglas en inglés) es ofrecida sin costo para usted.** Este beneficio se pagará a su beneficiario en la cantidad de hasta 1 vez su salario base anual. La cobertura de AD&D proporciona un nivel adicional de protección si usted muere o se lesiona gravemente en un accidente.

Seguro de Vida Suplementario

Si tiene personas que dependen en usted para obtener apoyo financiero, esta cobertura adicional ayudará a protegerlas en caso de que algo le suceda. Cuando usted compra un seguro de vida suplementario para Socios, también tiene la opción de comprar un seguro de vida para sus dependientes elegibles.

Beneficio al Socio: El seguro de vida suplementario asociado está disponible en incrementos de su salario (1-5 veces sus ganancias anuales base) a un beneficio máximo de \$500,000. Este beneficio se será pagado a su beneficiario.

Beneficio al Cónyuge: Si usted elige elegir el seguro de vida del cónyuge, su cónyuge recibiría una cantidad equivalente a, pero no más del 50% de su cobertura de vida suplementaria aprobada hasta un máximo de \$250,000. Hay beneficios por hijo(s) dependiente(s) de hasta \$10,000.

Se necesitará Evidencia de Asegurabilidad (EOI, por sus siglas en inglés) para cualquier persona que elija un seguro de vida suplementario sobre el nivel de emisión de garantía de \$150,000 (\$50,000 para cónyuges).

Tenga en cuenta: las cantidades del seguro de vida están sujetos a una programación de reducción de edad a partir de los 70 años.

Para promover nuestro compromiso con el bienestar, KANE ofrece tarifas de seguros de vida suplementarios de **Tabaco** y **Libre de Tabaco**. Si usted no fuma ni usa productos de tabaco, su tarifa de seguro de vida suplementario será más baja. Las tasas de seguro de vida suplementario se basan en la edad del Socio. A medida que cambie de bandas de edad, las tasas aumentarán. Por favor, consulte Tarifas de Socios y Dependientes.

Ejemplo de Cálculo de Vida Suplementaria —

Persona de 30 años de edad usuario de Tabaco que compra 2X su salario hasta = \$80,000

$\$80,000 / \$1,000 = 80$

Tasa de tabaco/\$1,000 para una persona de 30 años de edad = \$0.1

$80 \times \$0.1 = \$8.00/\text{Mes}$

$(\$8.00 \times 12) / 52 =$

\$1.85 Por Semana



Tarifas Mensuales de Tabaco/Libre de Tabaco del Seguro de Vida Suplementario

Tarifas de Bandas de Edad por cada \$1,000	Socio	
	Tabaco	Libre de Tabaco
Menos de 30	\$0.090	\$0.060
30-34	\$0.100	\$0.070
35-39	\$0.160	\$0.110
40-44	\$0.250	\$0.170
45-49	\$0.400	\$0.280
50-54	\$0.620	\$0.430
55-59	\$1.080	\$0.750
60-64	\$1.950	\$1.350
65-69	\$3.250	\$2.250
70+	\$4.780	\$3.310

Tarifas Mensuales de Tabaco/Libre de Tabaco del Seguro De Vida Suplementario del Dependiente

Tarifas de Bandas de Edad por cada \$1,000	Cónyuge	
	Tabaco	Libre de Tabaco
Menos de 30	\$0.090	0.060
30-34	\$0.100	\$0.070
35-39	\$0.160	\$0.110
40-44	\$0.250	\$0.170
45-49	\$0.400	\$0.280
50-54	\$0.620	\$0.430
55-59	\$1.080	\$0.750
60-64	\$1.950	\$1.350
65-69	\$3.250	\$2.250

Beneficios de Discapacidad

Discapacidad a Corto Plazo (STD)

El seguro de invalidez lo protege a usted y a su familia contra una catástrofe financiera. Este beneficio protege sus ingresos si no puede trabajar debido a una lesión o enfermedad. Le ayuda a cubrir gastos fijos (como facturas mensuales, hipotecas y otros gastos) y a mantener su nivel de vida. Con la cobertura de discapacidad, se le paga un reemplazo parcial de los ingresos perdidos. **Este beneficio es ofrecido después de un año de servicio y sin costo para usted.**

El programa de STD comienza después del día 15 de un accidente o una enfermedad. La cobertura de STD es igual al 60% de sus ingresos antes de la discapacidad, hasta un máximo semanal de \$500, por hasta 24 semanas, momento en el que usted podrá volver a trabajar o ser elegible para una discapacidad opcional a largo plazo (si corresponde).

Usted podría ser elegible para elegir una cobertura Voluntaria de Discapacidad a Corto Plazo adicional. El Centro de Beneficios para Asociados (800-307-0230) le ayudará a determinar su elegibilidad.

Discapacidad a Largo Plazo (LTD)

El plan LTD proporciona ingresos durante un período prolongado de discapacidad si usted está discapacitado y no puede volver a trabajar después de 180 días consecutivos. El plan paga un beneficio mensual del 60% de sus ingresos mensuales antes de la discapacidad. Usted podría recibir beneficios mensuales de LTD siempre y cuando se considere discapacitado por la compañía de seguros.

Ejemplo de Cálculo de LTD —

Supuestos

Socio de 35 años que gana \$18.00/hora

Salario anual = \$37,440

Tasa del gráfico (basado en la edad)¹ = \$0.510

Cálculo

$\$37,440/12$ (cantidad no superior a \$13,333.34)

$\$3,120/\$100 = \$31.20$

$\$31.20 * \$0.510 = \$15.912/\text{mes}$

$\$15.912 * 12/52 =$

\$3.67 Por Semana



Tarifas LTD Mensuales¹

Tarifas de Bandas de Edad por cada \$100	Socio
Menos de 30	\$0.331
30-34	\$0.401
35-39	\$0.510
40-44	\$0.670
45-49	\$1.120
50-54	\$1.632
55-59	\$2.326
60+	\$2.574

¹ Tenga en cuenta que las tarifas enumeradas en el gráfico anterior sólo son aplicables a los Socios por hora. Si usted es un Socio asalariado, utilice la siguiente tarifa fija en el cálculo anterior: \$0.806.

Beneficios de Licencias

Licencia de Ausencia

KANE reconoce que los eventos esperados o inesperados pueden impedirle que se reporte al trabajo. Ofrecemos una variedad de programas de licencia.

A continuación se presentan algunos ejemplos de cuándo debe solicitar una Licencia de Ausencia:

- > Usted estará ausente por quince días o más, y está bajo el cuidado de un médico para solicitar Discapacidad a Corto Plazo.
- > Usted es hospitalizado por cualquier cantidad de tiempo.
- > Está cuidando a un familiar enfermo o lesionado elegible (cónyuge, padre o hijo dependiente).
- > Está embarazada o se ausenta del trabajo debido a complicaciones del embarazo.
- > Usted estará ausente periódicamente debido a una condición de discapacidad crónica o permanente propia o de un familiar elegible.
- > Está cuidando a un niño recién nacido, a un niño recientemente adoptado o a un niño de acogida nuevo.
- > Está ausente para cuidar a un militar herido.
- > Usted está ausente por motivos definidos para la licencia por exigencias militares.
- > Usted está ausente debido a una lesión relacionada al trabajo (después de reportarlo primero a su supervisor).

Ley de Licencia Médica Familiar (FMLA, por sus siglas en inglés)

La Ley Federal de Licencia Médica Familiar (FMLA) otorga 12 semanas de licencia no remunerada y protegida en un período definido de 12 meses a los Socios elegibles por razones familiares y médicas específicas. Para ser elegibles para FMLA, los Socios deben tener 12 meses de servicio total, y deben haber trabajado al menos 1,250 horas en los últimos 12 meses. Las 12 semanas de licencia pueden ser tomadas de forma continua o intermitente según las necesidades.

Pasos para Solicitar una Licencia de Ausencia:

- 1 Dígale a su supervisor que necesita tiempo libre debido a una necesidad familiar o médica.
- 2 Llame a Guardian al **888-889-2953** tan pronto comience su licencia/discapacidad. Favor de llamar de lunes - viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. (CST). También puede iniciar su licencia en línea en <https://g00564228.glicleavepro.com>.
- 3 Usted recibirá un formulario de certificación por correo. Complete y firme su sección del formulario.
- 4 Pida a su médico que complete y firme la sección médica del formulario.
- 5 Devuelva el formulario a Guardian antes de la fecha de vencimiento que aparece en la carta.
- 6 Una vez que Guardian procese el formulario, recibirá un aviso de designación de licencia.

Beneficios Voluntarios

Los beneficios voluntarios son ofrecidos con deducciones de nómina convenientes y tarifas grupales asequibles. Antes de inscribirse, tome tiempo para revisar la política y entender completamente los beneficios y cualquier limitación. Esto le ayudará a elegir la mejor cobertura para usted.

Seguro para Enfermedades Graves de Guardian

Guardian Critical Illness paga un beneficio de una suma global si se le diagnostica una condición cubierta como ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, trasplante de órganos importantes, insuficiencia renal en etapa final, cirugía de bypass de arteria coronaria, cáncer y carcinoma in situ. Bajo este beneficio, usted tendrá recursos financieros adicionales para ayudar con los costos médicos o los gastos de manutención.

Seguro de Accidentes de Guardian

El Seguro de Accidentes Guardian ofrece cobertura las 24 horas y proporciona beneficios en efectivo para lesiones y gastos específicos relacionados con accidentes cubiertos. Este beneficio es pagado a usted y puede ayudar a protegerse contra los gastos de emergencia asociados con un paseo en ambulancia, sillas de ruedas, uso de la sala de emergencias, muletas, cirugía y anestesia, vendajes, puntos de sutura y yesos.

Plan de Indemnización Hospitalaria de Guardian

El Plan de Indemnización Hospitalaria Guardian ayuda con los costos de ingreso y confinamiento en el hospital. Este plan está diseñado para ayudarle a cubrir los gastos de bolsillo durante una hospitalización prolongada. Esta prestación paga una suma única de \$200 al día si se le confina a un hospital como resultado de un accidente o enfermedad cubiertos. Además, este beneficio paga una suma única de \$1,500 si se ingresa en un hospital y se confina como paciente en cama residente debido a lesiones recibidas en un accidente o una enfermedad cubierta. Usted debe estar confinado en un hospital dentro de los seis meses de la fecha del accidente cubierto, y usted podría recibir beneficios hasta 180 días.

Visite www.kanemywaybenefits.com para determinar su costo para estos planes.

Las preguntas sobre los beneficios voluntarios deben dirigirse a Guardian al 888-889-2953.

Beneficios de Retiro

Plan 401(k)

Puede que no esté pensando en ello ahora, pero después de un tiempo, la mayoría de la gente empieza a trabajar hacia la meta común del retiro. KANE facilita los ahorros para el retiro bajo el plan de ahorros al ofrecer una función de inscripción automática. Usted contribuirá automáticamente al Plan de Ahorro para el Retiro de KANE a menos que específicamente elija no participar. Usted será inscrito automáticamente al 3% antes de impuestos en su plan de ahorro el 1er día del mes después de haber cumplido 60 días de empleo. Si no desea participar, puede cambiar su tarifa de contribución al 0% dentro de los primeros 30 días de su inscripción, o puede ajustar su contribución como quiera. Cada año, KANE aumenta su contribución 401(k) en un 1% hasta llegar al 6% — asegurando que la empresa iguale la cantidad máxima.

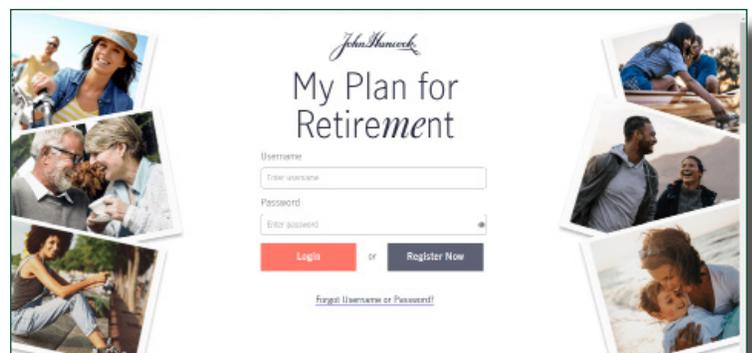
Razones para participar en el plan 401(k)

- > **Contribución igualada por la empresa.** KANE igualará el 100% del primer 3% del salario, luego el 50% del próximo 2% del salario. En otras palabras, si elige un aplazamiento del 5% o más, recibirá una contribución del empleador de 4%.
- > **Ahorro fiscal.** Al contribuir antes de impuestos, sus inversiones y ganancias crecen libres de impuestos hasta que las retire. Una opción de inversión Roth está disponible, que le permite ahorrar los impuestos en el momento del retiro en lugar de un ahorro de impuestos por pago.
- > **Portabilidad.** El beneficio es portátil, lo que significa que usted puede tomar sus contribuciones, y las contribuciones de la empresa si está invertido, con usted cuando se vaya de KANE. Para retrasar aún más los impuestos, puede dejar su dinero en el plan o puede transferir sus distribuciones imponibles en una Cuenta Individual de Retiro (IRA, por sus siglas en inglés) u otro plan del empleador elegible.

Siempre está 100% invertido (lo que significa que tiene un derecho permanente al dinero) en sus contribuciones, y está 100% invertido en la cuenta de igualamiento de la empresa KANE después de dos años de servicio.



¡Visite johnhancock.com/myplan para verificar su preparación para el retiro!



Beneficios Adicionales

Programa de Asistencia a los Socios

El Programa de Asistencia a los Socios, WorkLifeMatters (mediante Guardian) ofrece servicios para ayudar a promover el bienestar y mejorar la calidad de vida y su familia. El apoyo y la orientación están disponibles en línea para la asistir con problemas familiares y personales en ibhworklife.com o chatear con un consultor de WorkLife en tiempo real y obtener asistencia inmediata e interactiva o por teléfono al **1-800-386-7055 (Password: wlm70101)**.

Salud	Familia	Financiero
Vivir Saludablemente	Apoyo a Padres	Asuntos Legales
Manejo de Estrés	Cuido de Niños y Ancianos	Preparación de Testamentos
Salud Mental	Programas de Aprendizaje	Deudas e Impuestos
Dieta y Condición Física	Ayuda para Necesidades Especiales	Servicios de Robo de ID
Bienestar General		Herramientas y Asistencia de Planificación Financiera

Herramientas y Asistencia de Planificación Financiera

InsurChoice

KANE le ofrece la posibilidad de personalizar su programa de protección mediante InsurChoice. InsurChoice ofrece a los Socios una cobertura rápida, cómoda y holística con increíbles descuentos de ahorro en una variedad de productos y compañías de seguros altamente calificados. El programa es sencillo, rápido y siempre en línea.

Los Socios de KANE también puede disfrutar de descuentos al registrarse en el programa InsurChoice. El sitio puede ayudarle a ahorrar dinero en artículos grandes como una computadora y viajes, así como artículos cotidianos como visitas a restaurantes, entradas de cine, ropa y mucho más. Para más información, favor de visitar: https://digital.nfp.com/pc/KANE_IC_MP%20

Conserje de Beneficios NFP y Representante de Reclamaciones

Los Socios de KANE tienen acceso a un representante de Conserjería de Beneficios dedicado, así como acceso a Servicios de Defensa de Reclamaciones. Ellos son sus defensores personales y pueden ayudarle a navegar y entender los beneficios de KANE, así como trabajar directamente con las compañías de seguros para

asegurarse de que sus reclamaciones de los beneficios de KANE sean pagados precisa y oportunamente.

Algunas de las áreas en las que el Conserje de Beneficios Dedicado puede ayudar son:

- > Preguntas al Diseñar el Plan de Beneficios
- > Asuntos con la Tarjeta de Identificación
- > Asuntos con la Red de Proveedores
- > Preguntas sobre COBRA

Algunas áreas en las que los Servicios de Defensa de Reclamaciones pueden ayudar son:

- > Preguntas sobre Reclamaciones
- > Repaso de las Explicaciones de los Beneficios
- > Preguntas Sobre Facturas/Resolución de Reclamaciones
- > Asuntos Relacionadas a Recetas
- > Apelaciones

Puede comunicarse con un representante de Conserjería de Beneficios llamando al **877-835-1361** o enviando un correo electrónico a DBbenadmin@nfp.com. Horario Laboral de Conserjería de Beneficios es de 9 am a 6 pm EST / 6 am a 3 pm PST.

Se puede comunicar con el Equipo de Defensa de Reclamaciones en CSclaims@nfp.com.

Herramientas de Ahorrar Costos

Estamos comprometidos a ofrecerle planes de beneficios que satisfagan las necesidades de su familia, le proporcionen acceso a cobertura y sigan siendo asequibles. Con este fin, KANE paga la mayoría del costo de nuestros planes de beneficios. También le proporcionamos herramientas para ayudarle en el consumismo.

Sea Mejor Consumidor de Servicios Médicos

Al aprovechar los programas y herramientas de ahorro de costos que ofrece KANE, usted puede ser un mejor consumidor de servicios médicos. **¿Por qué importa esto?** Porque le ahorra dinero a usted y a nosotros. Usted gasta menos dinero de su bolsillo cuando va de compras. Cuando utiliza nuestros planes inteligentemente, ello nos ayuda a controlar aumentos futuros en los costos de la atención.

A continuación detallamos algunas oportunidades para ser un buen consumidor de atención médica:

Elección- Considere todos los planes disponibles para usted y elija los planes que satisfagan las necesidades de su familia.

Red de Proveedores - Highmark BCBS, Guardian y EyeMed cuentan con una gran red de proveedores disponibles para usted. Estos proveedores han acordado cobrar a los miembros del plan tarifas más bajas. Para ayudar a mejorar la calidad de la atención y evitar que pague costos de bolsillo más altos, es importante que utilice un proveedor de la red.

Ahorros en Medicamentos- Los medicamentos son uno de los componentes más costosos de la atención médica. Usted puede ayudar a reducir sus gastos de bolsillo, y los costos del plan al usar el programa de pedidos por correo (que le ahorra el equivalente de un copago para un suministro de 90 días).

Visite www.goodrx.com para comparaciones de precios de medicamentos gratuitas y cupones de descuento para miles de medicamentos recetados en más de 70,000 farmacias locales y de venta por correo en los Estados Unidos. ¡La aplicación móvil GoodRx ofrece acceso instantáneo a cupones y consejos de ahorro que pueden reducir los costos de sus recetas por un 50% o más! Tenga en cuenta: el uso del descuento de GoodRx no se procesará a través de su cobertura médica, y no se aplicará a su deducible.

Descuentos para Miembros de Highmark BCBS - Obtenga grandes ahorros en todo lo que necesite para tener un estilo de vida saludable con Blue365. Simplemente regístrese en blue365deals.com para obtener ofertas tales como 20% de descuento en Reebok.com y membresías mensuales de gimnasio de \$29 que incluyen acceso 24/7 a clases en vivo y bajo demanda. Es exclusivamente para miembros, así que asegure tener su ID de miembro a mano cuando se inscriba.



Ahorros Antes de Impuestos- ¡Inscríbese en una Cuenta de Gastos y ahorre al contribuir dinero antes de impuestos!

¡Es fácil ver cómo una Cuenta de Gastos puede funcionar para todos! Los gastos enumerados a continuación son costos comunes asociados con la atención médica. ¡Usted reduce su ingreso imponible al final del año al simplemente colocarlo en su cuenta!

Ejemplo de Cuentas de Gastos

Visitas a Doctores

Visita por Enfermedad - Copago de \$30
Examen Dental - Copago de \$47
Examen de la Vista - Copago de \$114

Alivio de Dolor y Salud Digestiva

Motrin/Tylenol* - \$13.05
Tylenol Cold & Flu* - \$7.93
Pepcid AC* - \$13.10

\$191.00

Espejuelos Recetados y Antibióticos

Espejuelos/Lentes de Contacto - \$211
Solución de Lentes de Contacto - \$7.28
Antibiótico Recetado - Copago de \$20

\$34.08

Primeros Auxilios

Kit de Primeros Auxilios - \$15
Band Aids - \$8.67
Protector Solar (SPF 15 or más) - \$11.99
Hot / Cold Pack Reutilizable - \$8.29

\$238.28

GASTOS TOTALES: \$507.31

AHORROS DE IMPUESTOS FSA: \$152.19**

**Basado en una clasificación fiscal de 20%. El ahorro tributario real depende de su estado y clasificación fiscal.

Contribuciones Semanales Antes de Impuestos

Usuarios Libres de Tabaco - Contribuciones Médicas Semanales



Nivel de Cobertura	QHDHP	Plan Principal (Core Plan)	Plan de Compra Escalonada (Buy-Up Plan)
Socio Solamente	\$19.21	\$19.15	\$32.86
Socio + Hijo/a	\$31.72	\$34.46	\$59.16
Socio + Hijos	\$33.79	\$37.14	\$63.76
Socio + Cónyuge	\$35.54	\$42.66	\$73.22
Familia	\$38.73	\$56.07	\$96.25

Usuarios de Tabaco - Contribuciones Médicas Semanales

Los asociados que confirmen su estatus de libre de tabaco disfrutan de un 20% de descuento en la cobertura médica.

Nivel de Cobertura	QHDHP	Plan Principal (Core Plan)	Plan de Compra Escalonada (Buy-Up Plan)
Socio Solamente	\$24.01	\$23.93	\$41.08
Socio + Hijo/a	\$39.65	\$43.07	\$73.94
Socio + Hijos	\$42.24	\$46.42	\$79.69
Socio + Cónyuge	\$44.42	\$53.32	\$91.52
Familia	\$48.41	\$70.09	\$120.32

Contribuciones Dentales y de Visión Semanales

Sus contribuciones semanales para sus beneficios dentales y de la visión se enumeran en la tabla a continuación.

Nivel de Cobertura	Dental		Visión
	Guardian Base	Guardian Buy-up	EyeMed Vision
Socio Solamente	\$5.30	\$7.42	\$1.15
Socio + Hijo(s)	\$9.33	\$12.77	\$2.30
Socio + Cónyuge	\$10.49	\$14.66	\$2.18
Familia	\$14.51	\$20.31	\$3.37

Contribuciones Quincenales Antes de Impuestos

Usuarios Libres de Tabaco - Contribuciones Médicas Quincenales



Nivel de Cobertura	QHDHP	Plan Principal (Core Plan)	Plan de Compra Escalonada (Buy-Up Plan)
Socio Solamente	\$38.42	\$38.29	\$65.72
Socio + Hijo/a	\$63.43	\$68.92	\$118.31
Socio + Hijos	\$67.58	\$74.28	\$127.51
Socio + Cónyuge	\$71.07	\$85.31	\$146.44
Familia	\$77.46	\$112.15	\$192.51

Usuarios de Tabaco - Contribuciones Médicas Quincenales

Los asociados que confirmen su estatus de libre de tabaco disfrutan de un 20% de descuento en la cobertura médica.

Nivel de Cobertura	QHDHP	Plan Principal (Core Plan)	Plan de Compra Escalonada (Buy-Up Plan)
Socio Solamente	\$48.02	\$47.87	\$82.16
Socio + Hijo/a	\$79.29	\$86.15	\$147.89
Socio + Hijos	\$84.47	\$92.85	\$159.39
Socio + Cónyuge	\$88.84	\$106.64	\$183.05
Familia	\$96.82	\$140.19	\$240.63

Contribuciones Dentales y de Visión Quincenales

Sus contribuciones quincenales para sus beneficios dentales y de la visión se enumeran en la tabla a continuación.

Nivel de Cobertura	Dental		Visión
	Guardian Base	Guardian Buy-up	EyeMed Vision
Socio Solamente	\$10.60	\$14.84	\$2.31
Socio + Hijo(s)	\$18.66	\$25.54	\$4.59
Socio + Cónyuge	\$20.97	\$29.33	\$4.36
Familia	\$29.03	\$40.62	\$6.75

Recursos de Inscripción

Cuándo y Cómo Inscribirse



Cada año, KANE tiene como objetivo realizar una inscripción abierta de beneficios en el período de enero. Este período de inscripción abierta es para los Socios existentes de KANE. La inscripción para empleados nuevos se basa en la fecha de elegibilidad del Socio.

Usted tiene acceso al sistema de inscripción en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana desde cualquier computadora con acceso al Internet. Esto le da la oportunidad de discutir opciones de beneficios con sus familiares durante el proceso de inscripción. **Así es como funciona:**

- > Visite **www.kanemywaybenefits.com**.
- > **Para Iniciar Sesión:** Ingrese su número de Seguro Social (sin guiones).
- > Su contraseña predeterminada son los últimos seis dígitos de su número de Seguro Social.
- > Una vez que acepte los "Términos de Uso" y crea su contraseña, el sistema le guiará a lo largo de su sesión de inscripción en línea.

¿Necesitas Ayuda para Inscribirse?



KANE se asocia con Baker Tilly Vantagen para administrar nuestro programa de beneficios para Socios. Todos los asociados deben iniciar sesión en el sistema de inscripción en línea de Baker Tilly Vantagen o llamar a un especialista en beneficios de Baker Tilly Vantagen para presentar sus elecciones de beneficios.

Llame a un Especialista en Beneficios para:

- > Averiguar si servicios específicos están cubiertos por un plan de beneficios que está considerando.
- > Obtenga más información sobre las opciones de beneficios en las que se ha inscrito.
- > Obtenga respuestas a preguntas sobre beneficios generales y asistencia con asuntos de reclamos.
- > Actualizar o cambiar la designación del beneficiario del seguro de vida.
- > Comunicarse con un especialista en beneficios, llame al Centro de Beneficios para Socios al 800-307-0230, lunes a viernes 8:30 AM - 5:30 PM (ET).

LEYES Y AVISOS IMPORTANTES

Ley Consolidada de Conciliación Presupuestaria General (COBRA, por sus siglas en inglés)

La Ley Consolidada de Conciliación Presupuestaria Omnibus (COBRA) fue aprobada por el Congreso en 1986. COBRA enmienda la Ley de Seguridad de Ingresos de Retiro de Empleados, el Código de Ingresos Internos y la Ley del Servicio de Salud Pública para proporcionar una continuación de plan médico grupal que de otra manera podría ser terminado. COBRA proporciona a ciertos ex empleados, jubilados, cónyuges, ex cónyuges e hijos dependientes el derecho a la continuación temporal de la cobertura de salud a precios grupales. Esta cobertura, sin embargo, sólo está disponible cuando la cobertura se pierde debido a ciertos eventos específicos. La cobertura de salud grupal para los participantes de COBRA suele ser más costosa que la cobertura de salud para los empleados activos, ya que normalmente el empleador paga una parte de la prima para los empleados activos, mientras que los participantes de COBRA generalmente pagan la prima completa ellos mismos. Sin embargo, normalmente es menos costoso que la cobertura de salud individual. Para ser elegible para la cobertura COBRA, una persona debe haber estado inscrita en el plan de salud de un empleador mientras trabajaba y el plan de salud debe seguir en vigor para los empleados activos. La cobertura de continuidad COBRA está disponible cuando ocurre un evento calificado que, a excepción de la cobertura de continuidad COBRA, causaría que un individuo pierda su cobertura médica. COBRA generalmente cubre planes médicos mantenidos por empleadores del sector privado con 20 o más empleados, organizaciones de empleados o gobiernos estatales o locales.

Aviso de Prácticas de Privacidad

En cumplimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés), los planes de salud de KANE mantienen un Aviso de Prácticas de Privacidad que describe los usos y revelaciones de su información de salud protegida que pueden ser hechas por los planes de salud, y sus derechos de privacidad bajo la ley HIPAA. Puede solicitar una copia completa del Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento poniéndose en contacto con Recursos Humanos.

Ley de Salud y Derechos del Cáncer de la Mujer

El 21 de octubre de 1988 entró en vigor la Ley de Salud y Derechos del Cáncer de la Mujer. Esta ley requiere que los planes médicos grupales que proveen cobertura para mastectomías también cubran cirugía reconstructiva y prótesis después de mastectomías. Según requerido por la Ley, hemos incluido esta notificación para informarle acerca de las disposiciones de la ley. **La ley ordena que un participante del plan que reciba beneficios por una mastectomía médicamente necesaria que elija la reconstrucción mamaria después de la mastectomía, también recibirá cobertura para:**

- Reconstrucción de la mama en la que se ha realizado la mastectomía
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica
- Prótesis
- Tratamiento de las complicaciones físicas de todas las etapas de mastectomía, incluyendo linfedemas

Esta cobertura será proporcionada en consulta con el médico tratante y el paciente, y estará sujeta a los mismos deducibles anuales y disposiciones de coaseguro que se aplican para la mastectomía.

Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA)

La ley HIPAA requiere que sea informado sobre sus derechos Especiales de Inscripción cuando usted y/o sus dependientes elegibles declinen la cobertura médica durante el período de inscripción inicial. Si usted está declinando la cobertura para usted o sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico, es posible que en el futuro pueda inscribirse a sí mismo y/o a sus dependientes en un plan médico KANE siempre que solicite cobertura dentro de los 31 días después de que su otra cobertura termine. Además, si usted tiene un nuevo dependiente como resultado del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para la adopción o una orden de la corte, usted puede ser capaz de inscribirse y/o sus dependientes, siempre que solicite la inscripción dentro de los 31 días después del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la orden judicial. Si usted está declinando la cobertura médica para usted o sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) y

actualmente no está cubierto bajo un plan médico, usted será considerado un solicitante tardío. La ley HIPAA permite a un solicitante tardío ingresar a un plan médico solo durante un período de inscripción abierta.

Ley de Paridad en Salud Mental

La Ley de Paridad en Salud Mental de 1996 disponía que un plan o una política de atención médica no podían establecer por separado máximos anuales o vitalicios inferiores (considerados máximos financieros) de los beneficios de salud mental en comparación con los beneficios médicos. Con la aprobación de la Ley de Estabilización Económica de Emergencia y su inclusión de la Ley de Paridad en Salud Mental y Equidad en las Adiciones de 2008 (Ley de Paridad en Salud Mental o MHPA), la ley original fue ampliada para incluir las mismas disposiciones para los trastornos por consumo de sustancias, no sólo trastornos mentales. Además, la MHPA también rechaza limitaciones de tratamiento más restrictivas (número de visitas al consultorio cubiertas, días de hospitalización, etc.) para ambos trastornos.

Medicaid y el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP, por sus siglas en inglés) Ofrece Cobertura Gratuita o de Bajo Costo

CHIP es la abreviatura del Programa de Seguro Médico Infantil, un programa para proporcionar seguro médico a todos los niños no asegurados y que no son elegibles o inscritos en Asistencia Médica. CHIPRA es el acto de reautorización de CHIP que fue promulgado en febrero de 2009. Bajo CHIPRA, un programa estatal CHIP puede optar por ofrecer asistencia premium para subsidiar la cobertura proporcionada por el empleador para niños y familias de bajos ingresos elegibles. Todos los empleadores están obligados a proporcionar a los empleados notificación con respecto a CHIPRA.

Medicare Parte D – Cobertura de Medicamentos Recetados Para 2022

Los Centros de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) requieren que los empleadores notifiquen a sus individuos elegibles para la Parte D de Medicare sobre su estado de cobertura acreditable antes del comienzo del período anual de elección de la Parte D de Medicare que comienza el 15 de octubre de cada año. Favor de consultar con el Departamento de Recursos Humanos para el aviso anual completo.

Resumen de Beneficios y Cobertura

La Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible (PPACA o ACA, por sus siglas en inglés) exige que los planes de salud proporcionen a los consumidores información sobre beneficios y cobertura del plan médico en un formato sencillo y consistente llamado Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés). El propósito de SBC es ayudar a los consumidores a comprender mejor la cobertura que tienen y les permite comparar fácilmente diferentes opciones de cobertura. Resume las principales características del plan, las disposiciones de participación en la financiación de los gastos, y limitaciones de cobertura y también proporciona ejemplos de cobertura. Un Glosario Uniforme que explica los términos más comunes utilizados del seguro médico también está disponible. Los SBCs están disponibles en el sistema de inscripción en línea de Baker Tilly o puede solicitar una copia en papel poniéndose en contacto con Recursos Humanos.

Aviso de Bienestar

Si es irrazonablemente difícil que usted alcance los estándares para las recompensas bajo este programa debido a una condición médica, o si es médicamente desaconsejable que usted intente alcanzar los estándares para la recompensa bajo este programa, llámenos al 888-773-KANE (5263) y trabajaremos con usted para desarrollar otra manera de calificar para la recompensa.

Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres

De acuerdo a la ley federal, los planes médicos grupales y los aseguradores médicos no pueden limitar beneficios por cualquier período de hospitalización en relación con el parto de la madre o del 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 generalmente no prohíbe que el proveedor de atención de la madre o el recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, bajo la ley federal, los planes y emisores no pueden exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una duración de estancia no superior a 48 horas (o 96 horas).

Información de Contactos Clave

Los recursos identificados a continuación están disponibles para ayudarlo con cualquier pregunta que tenga sobre sus beneficios.

Beneficio/Programa	Proveedor/Servicio	Sitio Web/Dirección	Número de Teléfono/Fax
Centro de Beneficios para Socios	Baker Tilly Vantagen	www.kanemywaybenefits.com	800-307-0230
Línea de Recursos Humanos	KANE	www.kaneisable.com	888-773-KANE (5263)
Médico - Beneficio de Bienestar	Highmark BCBS Sharecare (Highmark BCBS)	highmarkbcbs.com. mycare.sharecare.com	844-745-3607 855-424-6400
Farmacia	Express Scripts Accredo Specialty Pharmacy Rx Solutions Copay Program	www.express-scripts.com www.accredo.com N/A	855-832-8811 800-803-2523 888-201-9175
Inscripción en Línea	Baker Tilly Vantagen	www.kanemywaybenefits.com	800-307-0230
Dental	Guardian	www.guardiananytime.com	800-541-7846
Visión	EyeMed	www.eyemedvisioncare.com	866-723-0513
Programa de Asistencia para Socios	Guardian	ibhworklife.com	1-800-386-7055 (Contraseña: wlm70101)
Cuentas de Gastos Flexibles Cuenta de Ahorros para la Salud	Highmark Blue Cross Blue Shield	HighmarkSpendingAccounts.com	844-745-3607
Seguro de Vida Licencia de Ausencia y Discapacidad	Guardian	www.guardiananytime.com	888-889-2953
401(k)	John Hancock	johnhancock.com/myplan	877-525-7655
Seguro para Enfermedades Graves Seguro de Accidentes Indemnización Hospitalaria	Guardian	www.guardiananytime.com	888-889-2953
Conserje de Beneficios NFP	Un representante puede asistir con preguntas sobre beneficios.	dbbenadmin@nfp.com	877-835-1361
Defensa de Reclamaciones NFP	El defensor de reclamos puede ayudar con asuntos de facturación/reclamos y solicitudes de apelación.	csclaims@nfp.com	N/A

Beneficios@el Trabajo

SOBRE ESTE RESUMEN DE BENEFICIOS

Este Resumen de Beneficios describe los aspectos más destacados del Programa de Beneficios de KANE en lenguaje sencillo. Sus derechos específicos a los beneficios bajo este plan se rigen únicamente, y en todos los aspectos, por los documentos oficiales y no la información contenida en este Resumen de Beneficios. En caso de discrepancia entre las descripciones de los elementos del plan que figuran en el presente Resumen de Beneficios y los documentos oficiales del plan, el idioma de los documentos oficiales del plan prevalecerá como preciso. Consulte los documentos específicos del plan publicados por cada una de las compañías aéreas respectivas para obtener información detallada sobre el plan. La elegibilidad para cualquier plan de beneficios está determinada por los documentos y políticas aplicables del plan. Usted debe estar consciente de que todos y cada uno de los elementos del Programa de Beneficios pueden ser modificados en el futuro para cumplir con las reglas del Servicio de Ingresos Internos o de otra manera según lo determinado por KANE.