



## Guía de Beneficios para Empleados en 2021

### ***Elegibilidad para Beneficios***

Freedom Senior Management está orgulloso de ofrecer nuestro amplio Programa de Beneficios que incluye:

- Tres Opciones de Planes Médicos Con Atención Preventiva al 100%
- Dos Opciones de Planes Dentales
- Plan de Visión
- Seguro de Vida y AD&D Pagado por la Compañía
- Discapacidad Voluntaria a Corto Plazo
- Seguro Adicional de Vida Voluntaria
- Plan De Asistencia para los Empleados

Usted y sus dependientes son elegibles para recibir beneficios si usted es un empleado activo a tiempo completo. Su cobertura será efectiva el primer día del mes siguiente a un período de espera de 60 días. Usted puede cubrir a su cónyuge legal y a sus hijos dependientes de la siguiente manera:

- **Médico**—Hijo dependientes hasta el final del año calendario después de cumplir 26 años.
- **Dental , Visión & Vida**—Hijo dependientes hasta el final del año calendario después de cumplir 26 años.

### **Información De Contacto**

Florida Blue (Médico)	Member Services	1.877.352.2583	<a href="http://www.bcbsfl.com">www.bcbsfl.com</a>
Florida Blue (Dental)	Member Services	1.888.223.4892 x 2	<a href="http://www.floridabluedental.com">www.floridabluedental.com</a>
Guardian (Visión)	Member Services	1.877.393.7363	<a href="http://www.guardiananytime.com">www.guardiananytime.com</a>
USable (Vida)	Member Services	1.800.370.5856	<a href="http://www.usable.com">www.usable.com</a>
USable (Discapacidad)	Member Services	1.800.370.5856	<a href="http://www.usable.com">www.usable.com</a>
Recursos Humanos	Nicole Bosco	941.552.3278	<a href="mailto:nbosco@freedomsenior.com">nbosco@freedomsenior.com</a>
Recursos Humanos—SBC	Jonathan Litchfield	941.552.3262	<a href="mailto:jlitchfield@sarasotabayclub.net">jlitchfield@sarasotabayclub.net</a>
Recursos Humanos—JT	Kathy Carr	941-408-2030	<a href="mailto:kcarr@jacarandatrace.com">kcarr@jacarandatrace.com</a>
Alltrust Insurance (Gerente de Cuentas)	Sandy Harrington	1.888.563.7278	<a href="mailto:sharrington@alltrustinsurance.com">sharrington@alltrustinsurance.com</a>



## Bienestar 2021

Para 2021, nuestro programa de seguro de salud incluirá dos oportunidades para reducir sus deducciones de seguro de salud y una oportunidad para ganar dólares trimestrales por objetivos de acondicionamiento físico.

1. **Descuento por Ausencia de Tabaco** (si su cónyuge también está en el plan, ambos deben certificar que han estado libres de tabaco por lo menos 1 año).
2. **Descuento De Bienestar.** Para ser elegible, debe cumplir con 4 de los 5 criterios enumerados a continuación. Su médico o una enfermera de la compañía pueden medir su presión arterial y la circunferencia de la cintura. Las medidas de análisis de sangre que se enumeran a continuación pueden proporcionarse a través del consultorio de su médico. Análisis de sangre con fecha posterior al 6/30/20, pero antes del 12/31/20 será aceptado para nuestra ventana de inscripción abierta 2021. Los empleados recién cubiertos tendrán 60 días, desde la elegibilidad, para enviar análisis de sangre a Recursos Humanos. Por favor, consulte Recursos Humanos para más detalles.
3. **Reembolso de acondicionamiento físico (trimestral):** Para ser elegible, debe proporcionar documentación y certificar trimestralmente a Recursos Humanos que ha participado en actividades de acondicionamiento físico en un gimnasio autorizado/centro de gimnasio o a través del Reporte de Fitbit, al menos 12 veces durante el trimestre de elegibilidad anterior.

Estamos ofreciendo el bienestar y el reembolso de acondicionamiento físico, por plan, basado en los resultados de los empleados solamente. Los formularios de incentivo de bienestar deben devolverse a Recursos Humanos.

### Objetivos de Bienestar

#### 1. La Presión Arterial

OBJETIVO:  $\leq 120/80$

#### 2. Circunferencia de Cintura

OBJETIVO:

$\leq 40''$  para hombres

$\leq 35''$  para mujeres

### Objetivos de Bienestar

#### 3. Colesterol

OBJETIVO: Proporción de Colesterol Total / HDL 3.5: 1 o inferior

#### 4. Triglicéridos

OBJETIVO:  $<150$

#### 5. Azúcar en la Sangre

OBJETIVO:  $<100$  (en ayuno)

Período de Evaluación / Período de Tiempo	Empleado proporciona documentación de un mínimo de 12 visitas a Recursos Humanos	Reembolso Trimestral / Período de Tiempo Aplicado a Sueldos
January 1, 2021 - March 31, 2021	DEBIDO A HR por 4/7/21	April 1, 2021 – June 30, 2021
April 1, 2021 - June 30, 2021	DEBIDO A HR por 7/7/21	July 1, 2021- September 30, 2021
July 1, 2021 - September 30, 2021	DEBIDO A HR por 10/7/21	October 1, 2021 – December 31, 2021
October 1, 2021 - December 31, 2021	DEBIDO A HR por 1/7/22	January 1, 2022 – March 31, 2022

## Sección 125—Contribuciones Antes De Impuestos

Una de las mayores ventajas de su Plan de Beneficios para Empleados es que sus contribuciones de primas se deducen de su cheque de pago antes de sacar impuestos. Cuando paga su prima con dólares antes de impuestos, realmente está reduciendo su ingreso sujeto a impuestos. En lugar de pagar impuestos sobre sus ingresos totales, ahora paga sus ingresos menos las deducciones antes de impuestos. Sus planes médicos, dentales y ciertos planes de Guardian están configurados como beneficios con contribuciones antes de impuestos.

**Después de que finalice el período de Inscripción Abierta, NO puede agregar, eliminar o cambiar la cobertura que ha seleccionado hasta la próxima inscripción abierta, que será en diciembre de 2021.** La única excepción será un Cambio de Estado Familiar Calificado. Éstos incluyen:

- Matrimonio o divorcio;
- Nacimiento o adopción de un hijo dependiente;
- Cambio en la custodia de un hijo dependiente;
- Muerte de un cónyuge o hijo dependiente;
- Su cónyuge tiene un cambio de empleo o estado que afecta la cobertura de beneficios;
- Su cambio de estado de empleo; y
- Experimenta una pérdida involuntaria de otra cobertura de beneficios grupales.

Por favor, póngase en contacto con HR dentro de 30 días del evento para solicitar cambios en sus elecciones de beneficio debido a los eventos mencionados anteriormente.

### MUESTRA

	Sin Plan Antes de Impuestos	Con Plan Antes de Impuestos
Ingresos Brutos	\$25,000.00	\$25,000.00
Primas de Seguro	N/A	\$1,620.00
Contribución de la Cuenta de Gastos Flexible	N/A	\$1,200.00
Ingresos Sujetos a Impuestos	\$25,000.00	\$22,180.00
Impuestos Federales y de Seguro Social	\$3,458.00	\$2,864.00
Primas de Seguro	\$1,620.00	N/A
Gastos Médicos (después de impuestos)	\$1,200.00	N/A
Impuestos Estatales	N/A	N/A
Pago Resultante	\$18,722.00	\$19,316.00
<b>Ahorro Anual \$594!</b>		

## Empoderar 401 (k) Plan

Una de las maneras más fáciles de ahorrar para su jubilación es con 401 (k) - Plan de Freedom Senior Management. Esto está disponible para todos los empleados (empleados de tiempo completo y de medio tiempo). Sus contribuciones serán deducidas automáticamente de su cheque de pago. Las contribuciones y ganancias en el plan 401 (k) no están sujeto a impuestos (solo cuando se retiran del plan). Mientras tanto, su ingreso sujeto a impuestos disminuye y el tamaño de su inversión aumenta. Puede contribuir 1%-15% con una contribución máxima de \$ 19,500 para 2021. Si tiene 50 años o más, puede contribuir \$6,500 adicionales. Freedom Senior Management igualará el 25% del primer 4% del pago que usted contribuye al plan a través del aplazamiento del salario. Vea el paquete Empodere para más información. Los cambios pueden hacerse fuera de la inscripción abierta.



## SEGURO DE SALUD

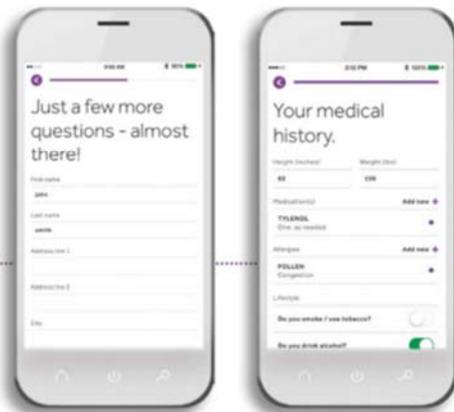
<b>Detalles de Beneficios</b>	<b>Plan Bajo: Blue Options 05302</b>	<b>Plan Mediano: Blue Care 48</b>	<b>Plan Alto: Blue Care 67</b>
Deducible (individual/familiar)	\$5,000 / \$10,000	\$2,000 / \$6,000	\$1,000 / \$2,000
Coaseguro (asegurado/miembro)	30% despues del deducible	20% despues del deducible	0% despues del deducible
Desembolso Máximo por Año (individual/familiar)	\$6,350 / \$12,700 incluye deducibles, coaseguros, copagos y medicamentos	\$5,500 / \$11,000 incluye deducibles, coaseguros, copagos y medicamentos	\$4,000 / \$8,000 incluye deducibles, coaseguros, copagos y medicamentos
Máximo por Vida (Por Persona)	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado
<b>Servicios Medicos</b>	<b>Las Visitas de Atención Preventiva no Tienen Cargo en Ningún Plan</b>		
Cuidado Primario	\$30 copago	\$35 copago	\$25 copago
Especialista	\$55 copago	\$65 copago	\$45 copago
Teladoc	\$10 copago	\$10 copago	\$10 copago
<b>Hospitalización</b>			
Internación Hospitalaria	30% despues del deducible	Copago de \$100 por admisión + 20% después del deducible	\$250 de copago por día; \$750 máximo por admisión
Cirugía Ambulatoria	30% despues del deducible	20% despues del deducible	\$350 copago
Servicios Medico (Hospital y Sala de Emergencias)	30% despues del deducible	20% despues del deducible	No copago
Atención Urgente	\$60 copago	\$70 copago	\$50 copago
Sala de Emergencias	\$300 copago	\$300 copago	\$250 copago
<b>Diagnóstico Ambulatorio</b>	<b>Laboratorio Contratado: En Florida: Quest; Fuera de Florida: consulte el directorio de proveedores</b>		
Diagnóstico de Rutina (Laboratorio & Rayos X)	Laboratorio: No copago Rayos X: 30% despues del deducible	Laboratorio: No copago Rayos X: \$50 copago	Laboratorio: No copago Rayos X: \$45 copago
Diagnósticos Mayores (CAT,PET,MRI)	30% despues del deducible	20% despues del deducible	\$350 copago
<b>Medicamentos</b>			
Nivel 1 (Genérico)	Copago de \$ 10 Solo genérico	Copago de \$ 10 Solo genérico	\$10 copago
Nivel 2 (De Marca)	Marca limitada: mayor del 20% o copago de \$50; \$200 máximo	Marca limitada: mayor del 20% o copago de \$50; \$200 máximo	\$30 copago
Nivel 3 (Sin Marca)	No preferido No cubierto	No preferido No cubierto	\$50 copago
Farmacia por Correo	2.5 X el copago minorista (suministro de 90 días)	2.5 X el copago minorista (suministro de 90 días)	2.5 X el copago minorista (suministro de 90 días)
<b>Fuera de la Red</b>			
Deducible(individual/familiar)	\$10,000 / \$30,000	N/A	N/A
Coaseguro (asegurado/miembro)	50% despues del deducible	N/A	N/A
Desembolso Máximo por Año (individual/familiar)	\$20,000 / \$40,000 incluye deducibles, coaseguros, copagos y medicamentos	N/A	N/A
Máximo por Vida (Por Persona)	Ilimitado	N/A	N/A

Durante la inscripción abierta de 2021, FL Blue requiere que se comunique con ellos directamente para realizar cualquier elección de PCP de Blue Care.



## Get started with the **Teladoc Mobile App** **DOWNLOADING THE APP IS QUICK AND EASY!**

Visit [Teladoc.com/mobile](http://Teladoc.com/mobile) or visit your app store.  
Then follow the instructions below.

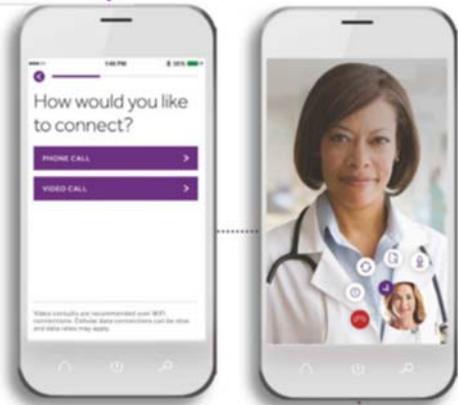


### 1. **CREATE AN ACCOUNT**

**Setting up your Teladoc account through the mobile app only takes a few minutes.** After downloading the app, you'll provide medical history to give doctors the information they need to provide you with quality medical care. You can also add family members to give them around-the-clock care.

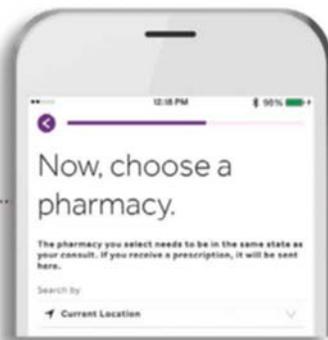
### 2. **TALK WITH A DOCTOR NOW**

**Speak with the first available Teladoc doctor or schedule an appointment.** Within minutes, a doctor will call ready to listen, diagnose and prescribe medication, if medically necessary. After your consult, you can choose to share the results with your primary care physician.



### 3. **PICK UP YOUR PRESCRIPTION**

**If medically necessary, a prescription can be sent to your local pharmacy.** Search for nearby pharmacies or use one of your favorites. Teladoc is the convenient and affordable way to get the care you need now.



**Talk to a doctor anytime!**

[Teladoc.com](http://Teladoc.com)

**1-800-Teladoc (835-2362)**



Teladoc is an independent company contracted by Florida Blue to provide physician visits via phone or online video to members with non-emergent medical issues. Teladoc is only available in the U.S. Teladoc® is a trademark of Teladoc, Inc. Health insurance is offered by Florida Blue. HMO coverage is offered by Florida Blue HMO, an affiliate of Florida Blue. These companies are Independent Licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association. We comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. For more information, visit [floridablue.com/hdnote](http://floridablue.com/hdnote). ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-352-2583 (TTY: 1-877-955-8773). ATANGYON: Si w pale Kretyl Aylisyen, gen sévis ed pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). 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. © 2018 Teladoc, Inc. All rights reserved. Teladoc and the Teladoc logo are registered trademarks of Teladoc, Inc. and may not be used without written permission. Teladoc does not replace the primary care physician. Teladoc does not guarantee that a prescription will be written. Teladoc operates subject to state regulation and may not be available in certain states. Teladoc does not prescribe DEA controlled substances, non-therapeutic drugs and certain other drugs which may be harmful because of their potential for abuse. Teladoc physicians reserve the right to deny care for potential misuse of services. © 2018 Teladoc, Inc. Todos los derechos reservados. Teladoc y el logotipo de Teladoc son marcas de Teladoc, Inc. y no pueden ser utilizados sin permiso por escrito. Teladoc no sustituye al médico de atención primaria. Teladoc no garantiza que una receta se escribe. Teladoc opera sujeta a la regulación estatal y pueden no estar disponibles en ciertos estados. Teladoc no prescribe sustancias controladas DEA, las drogas no terapéuticas y algunos otros medicamentos que pueden ser perjudiciales debido a su potencial de abuso. Médicos Teladoc reservamos el derecho de negar la atención por el mal uso potencial de los servicios.

# Not all medications are alike - Know before you go to the pharmacy.



## Find out...

- **Is my prescription drug covered?** If not, discounts may be available through our BlueSaver discount program.
- **Is this a generic drug?** Great! You're saving money.
- **Is an authorization required first?** If so, your doctor will need to submit a Prior Authorization form.
- **Is a limited quantity covered per prescription?** If so, your plan will cover up to the 1 month maximum, and you can pay for more.
- **Is this a brand name drug?** Ask your doctor or pharmacist if there's a generic available that's right for you.
- **Is this drug in the Step Therapy program?** If so, ask your doctor about the alternative drugs that must be tried first?
- **Is this an oral or injectable Specialty drug?** Specialty drugs require prior authorization and must be obtained through Caremark Specialty Pharmacy at 1-866-387-2573.
- **Is this a diabetic supply?** Supplies such as blood glucose testing strips and tablets, lancets, glucometers, and acetone test tablets and/or syringes require a prescription that you can fill at your local pharmacy.
- **Is this a drug that you take ongoing?** If your plan has mail order, order up to a 3-month supply and pay less than monthly refills at your local pharmacy.

Find participating pharmacies at [FloridaBlue.com](https://www.floridablue.com)

Get answers... and compare drug costs based on your plan.

Drug Name	Total Estimated Cost	Your Estimated Cost
LIPITOR (30) Tablet - 40MG	Step Therapy required	
ZETIA (30) Tablet - 10MG	Step Therapy required	
NIASPAN (30) Tablet Extended Release - 500MG	\$79.53	\$30.00
CRESTOR (30) Tablet - 10MG	Step Therapy required	
pravastatin sodium (30) Tablet - 40MG	\$7.41	\$7.41
simvastatin (30) Tablet - 40MG	\$5.10	\$5.10
lovastatin (30) Tablet - 40MG	\$5.85	\$5.85



## Call

a Care Consultant at **1-888-476-2227**.



## Click

Log in at **FloridaBlue.com**. Select **Compare Drug Prices** under **Tools**

**Step 1:** Enter the drug name (or search by alphabet).

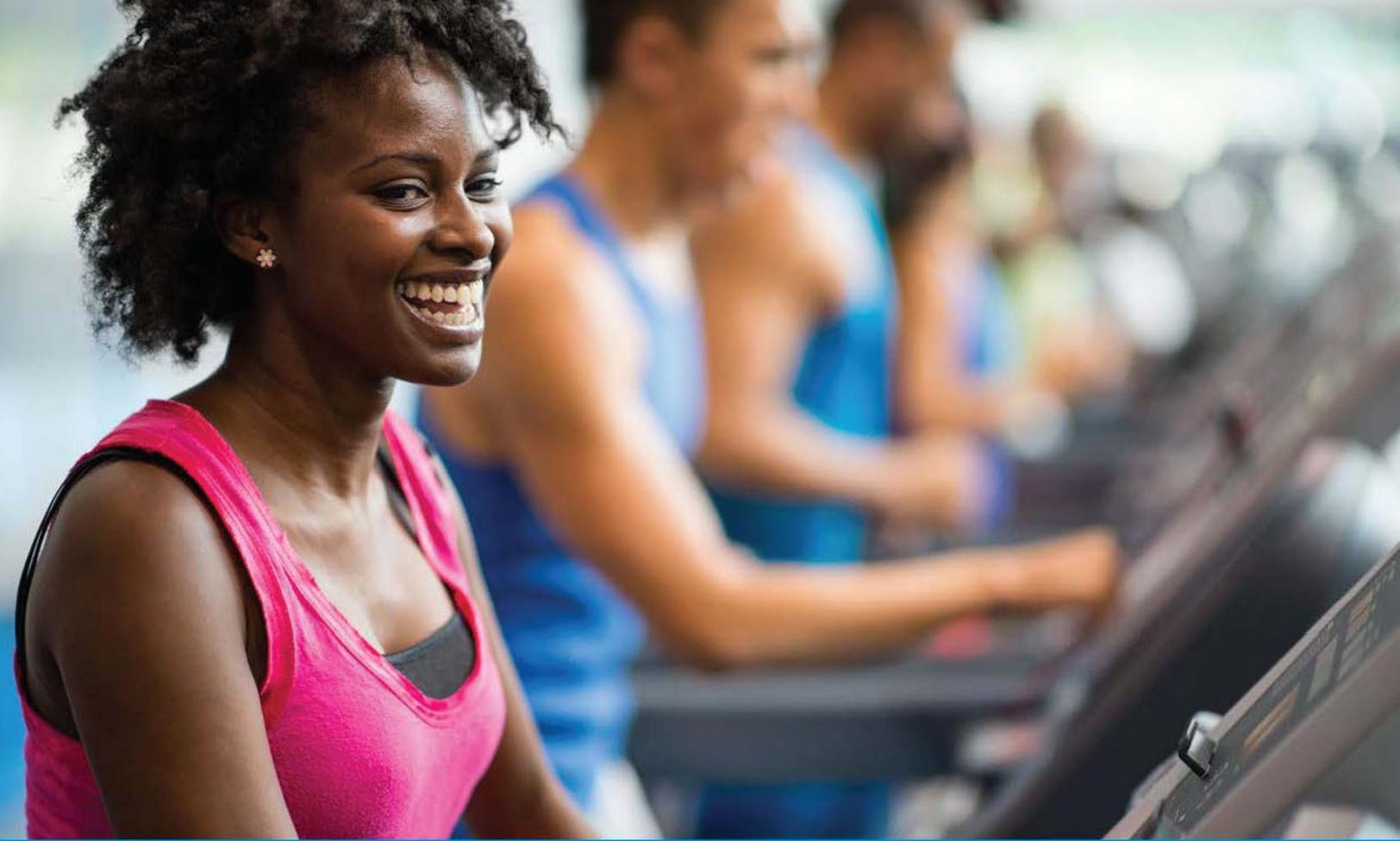
**Step 2:** Select pharmacies based on zip code.

**Step 3:** Compare prices and lower cost options, when available. Plus, see when Step Therapy, Prior Authorization or other



## Visit

us in person at a **Florida Blue Center** near you. Visit **FloridaBlue.com** for locations.



# HEALTHY LIVING IS JUST A DEAL AWAY. Join Blue365<sup>®</sup> and start saving today!

With Blue365, great deals are yours for every aspect of your life - like 20 percent off at Reebok.com, discounted products through Jenny Craig, or a gym membership for only \$29 a month.

Register now at [www.Blue365Deals.com](http://www.Blue365Deals.com) to take advantage of Blue365. It's an online destination featuring healthy deals and discounts exclusively for our members.

Just have your Blue Cross and Blue Shield member ID card handy. In a couple of minutes, you will be registered and ready to shop. Every week, we will send a special deal straight to your email inbox.

Check out these top brands with discounts just for you:



Blue365.  
Because health is a big deal™



 © 2000–2019 Blue Cross and Blue Shield Association — All Rights Reserved. The Blue365 program is brought to you by the Blue Cross and Blue Shield Association. The Blue Cross and Blue Shield Association is an association of independent, locally operated Blue Cross and/or Blue Shield Companies. BlueCross BlueShield of South Carolina is an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. Blue365 offers access to savings on health and wellness products and services and other interesting items that Members may purchase from independent vendors, which are not covered benefits under your policies with your local Blue Company, its contracts with Medicare, or any other applicable federal healthcare program. These products and services will be offered to you through the entire benefit year. During the year, the independent vendors may offer additional discounts on these products and services. To find out what is covered under your policies, contact your local Blue Company. The products and services described on the Site are neither offered nor guaranteed under your Blue Company's contract with the Medicare program. In addition, they are not subject to the Medicare appeals process. Any disputes regarding your health insurance products and services may be subject to your Blue Company's grievance process. BCBSA may receive payments from vendors providing products and services on or accessible through the Site. Neither BCBSA nor any Blue Company recommends, endorses, warrants, or guarantees any specific vendor, product or service available under or through the Blue365 Program or Site.



## SEGURO DENTAL

<b>DENTAL</b>	<u>Low</u>		<u>High</u>	
	<b>En la Red</b>	<b>Fuera de la Red</b>	<b>In Network</b>	<b>Out of Network</b>
Reembolso	Horario	80th % UCR	Horario	80th % UCR
Beneficio de Gastos Preventivos	100%	100%	100%	100%
Beneficio de Gastos Basicos	80%	80%	90%	80%
Beneficio de Gastos Mayores	50%	50%	60%	50%
Ortodoncia (Niños hasta los 19 años)	No Incluido		50% - \$1,000 Máximo por Vida	
Deducible (individual/familia)	\$50 / \$150	\$100 / \$300	\$50 / \$150	\$100 / \$300
El deducible se aplica a:	Servicios Basico & Mayores		Servicios Basico & Mayores	
Servicios de Endo & Perio en:	Servicios Mayores		Servicios Mayores	
Beneficio Máximo Anual	\$1,250		\$1,250	

Existe un incentivo financiero si busca servicios de un dentista en la red debido al coaseguro mas alto y los precios regulados.

### Encuentre un proveedor en línea

- Ir a [floridablue.com](http://floridablue.com)
  - Haga clic en buscar un medico
  - Haga clic en Buscar médicos por plan y busque Blue Dental Choice Plus PPO

Las tarjetas de identificación dental se enviarán por correo a su residencia



## SEGURO DE VISION

### Guardian Davis Designer B

<b>VISION</b>	<b>En la Red</b>	<b>Fuera de la Red</b>
Exámenes oculares de rutina (una vez al año calendario)	\$10 Copago	\$50 máximo antes de \$10 de copago
Lentes (Simples; Bifocales; Trifocales; Lenticular); (una vez al año calendario)	\$10 Copago	Individual: \$48 máximo antes del copago de \$10 Bifocal: \$67 máximo antes de \$10 de copago Trifocal: \$86 máximo antes del copago de \$10 Lenticular: \$126 máximo antes del copago de \$10
Marcos (una vez cada dos años calendario)	\$150 minorista + 20% de descuento en el saldo después de un copago de \$10	\$48 máximo antes del copago de \$10
Lentes de Contacto (medicamento necesario); (una vez al año calendario)	No copago	\$210 máximo
Lentes de Contacto (electivo); (una vez al año calendario)	\$150 máximo + 15% de saldo	\$105 máximo

### Encuentre un proveedor en línea

- Ir a [guardiananytime.com](http://guardiananytime.com)
- Haga clic en Buscar proveedor de visión
  - Visión: haga clic en Buscar un proveedor de visión y luego seleccione Davis Vision

Las tarjetas de identificación de visión se enviarán por correo a su residencia



# Solution Overview

eM Life is a purpose-driven mindfulness solution for your total population. Experience the connection with certified experts in live, interactive, or on-demand sessions and go deeper and add our evidence-based, immersive programs that address high-cost chronic and behavioral health conditions.

- Mindful Dailies: 5000+ live, expert-led, interactive online sessions each year
- Hundreds of hours of on-demand content
- Applied mindfulness practices with skill building and strategies to integrate into daily life
- Expert-led community
- Real-time reporting

## Registration

Go to [Vibe.emindful.com/signup/Alltrustinsurance](https://vibe.emindful.com/signup/Alltrustinsurance) to get started

- Enter your Company Name
- Create an Account

## How To Download eM Life app & Create an Account

**Step 1** Download the eM Life app.

**Step 2** Click Create Account.

**Step 3** Select Employee Account.

**Step 4** Enter the name of your employer.

**Step 5** Fill in personal info.

**Step 6** Fill out the brief survey.

La cobertura de Vida Grupal y Muerte Accidental y Dismembramiento (AD&D) se brinda a todos los empleados de tiempo completo. **La prima es pagada por el compañía.** En el caso de su muerte, este beneficio se paga a su beneficiario designado. (Asegúrese de mantener siempre un beneficiario corriente en el archivo de Recursos Humanos). Su cobertura de vida y muerte accidental incluye una regla de reducción de edad. Cuando cumpla los 65 años, los beneficios se reducirán en un 35%. A los 70 años, los beneficios se reducirán en un 60%. A los 75 años, los beneficios se reducirán en un 75%. La reducción entrará en vigencia el primer día del mes calendario en el que alcance la edad especificada.

Tipo de Plan	Persona(s) Cubierta	Cantidad de Cobertura
Vida / AD&D	Vida para Empleados	1 x salario hasta un máximo de \$50,000
	AD&D para Empleados	

### Vida & AD&D Voluntaria para Empleados

- Incrementos de \$10,000 (mínimo de \$10,000), máximo de \$500,000; Emisión garantizada de \$100,000
- Debe comprar un seguro para usted mismo con el fin de comprar cualquier cónyuge y / o seguro de vida infantil.

### Vida Voluntaria para Cónyuge

- Incrementos de \$5,000 a un máximo de \$100,000, pero no puede exceder el 50% de la elección aprobada por el empleado; Emisión garantizada de \$25,000
- La prima de cónyuge se basa en la edad del empleado.

### Vida Voluntaria para Hijos

• Incrementos de \$10,000; hasta un máximo de \$10,000, pero no puede exceder la elección aprobada por el empleado; Emisión garantizada de \$10,000  
 Su cobertura de vida voluntaria y muerte accidental incluye una regla de reducción de edad. Cuando cumpla 65 años, los beneficios se reducirán en un 35%. A los 70 años, los beneficios se reducirán en un 60%. A los 75 años, los beneficios se reducirán en un 75%. La reducción entrará en vigor el primer día del mes calendario en el que cumpla la edad especificada.

**Las nuevas inscripciones a partir del 1/1/21 no están sujetas a Evidencia de asegurabilidad siempre que no excedan el monto de la emisión garantizada. Todas las inscripciones que estuvieran vigentes para 2020 serán protegidas incluso si exceden los montos de emisión garantizados.**

**Si renuncia a la cobertura y luego decide que desea elegir la cobertura, se le pedirá que complete la EOI (Evidencia de asegurabilidad) para cualquier volumen de cobertura.**

La discapacidad a corto plazo está disponible para todos los empleados de tiempo completo y proporciona un reemplazo parcial de las ganancias en caso de que usted quede total o parcialmente incapacitado. Los reclamos aprobados elegibles se pagan de acuerdo con las especificaciones del Plan, que incluyen:

- Los beneficios comienzan el 8th día por accidente y el 8th día por enfermedad o enfermedad.
- El beneficio equivale al 60% de sus ganancias semanales antes de impuestos, hasta un beneficio máximo de \$600 por semana.
- **Puede elegir entre 2 opciones diferentes: los beneficios se pagan hasta 12 semanas o 25 semanas.**
- Una condición preexistente se define como cualquier enfermedad o lesión (ya sea específicamente diagnosticada o no) por la cual el Asegurado recibió tratamiento médico, consulta, atención o servicios, incluidos procedimientos de diagnóstico o tomó medicamentos o medicamentos recetados, durante un período específico (según se describe) en la póliza) inmediatamente antes de la fecha efectiva de cobertura del Asegurado. Las condiciones diagnosticadas / tratadas dentro de los 3 meses anteriores a la fecha de vigencia no se cubrirán como una discapacidad durante los 12 meses posteriores a la fecha de vigencia.

**Los nuevos empleados no están sujetas a evidencia de asegurabilidad.**

Beneficio	< 25	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60+
12 semanas	\$0.0858	\$0.0906	\$0.0808	\$0.0647	\$0.0697	\$0.0604	\$0.0728	\$0.083	\$0.096
25 semanas	\$0.0804	\$0.0870	\$0.0819	\$0.0925	\$0.1101	\$0.1063	\$0.1071	\$0.1009	\$0.1393

Salario anual \$ \_\_\_\_\_ / 52 = Salario semanal \$ \_\_\_\_\_

Salario semanal\* \$ \_\_\_\_\_ X 60% = \$ \_\_\_\_\_ Beneficio semanal\*\*

Beneficio semanal \$ \_\_\_\_\_ X (Tasa de edad por encima) = \$ \_\_\_\_\_ Prima mensual

Prima mensual \$ \_\_\_\_\_ X 12 = \$ \_\_\_\_\_ Premio anual

Premio anual \$ \_\_\_\_\_ / Deducciones de nómina = \$ \_\_\_\_\_ Por cheque de pago

\*El salario máximo anual es de \$52,000 \*\*Beneficio semanal máximo \$600



**Si un empleado se inscribe en el Plan Medico Bajo, Freedom Senior Management le pagará la prima para el empleado solamente.**

- **EMISIÓN GARANTIZADA** – \*\*no hay preguntas médicas
- **NO HAY EXCLUSIONES DE CONDICIÓN PREEXISTENTES O PERIODO DE ESPERA DE EMBARAZO**
- Paga \$2.000 por asegurado para la admisión inicial de hospital/UCI [máx. 3/año para la familia]
- Paga \$200 por día para el confinamiento hospitalario/UCI [máximo 30 días por asegurado]

Deducción Bisemanal		
EDAD 69 O MENOS	Inscrito en Plan Bajo Médico	Todos Otros
Empleado (EE)	SIN COSTO	\$15.36
EE + Cónyuge	\$18.49	\$33.85
EE + Hijo(s)	\$11.16	\$26.52
Familia	\$30.54	\$45.90

- **VALOR INMEDIATO!!** Paga \$100 para exámen de bienestar reconocido - por persona cubierta/por año Como muestra de los beneficios aportados. [¡El plan cubre mucho más y los beneficios se pagan por cada tratamiento/lesión apilando uno encima de otro por los beneficios acumulados pagados!]:
- Paga \$400 para el tratamiento médico inicial (ER) y \$200 (Atención primaria/de urgencia) - cuando se trata por un accidente/lesión cubierto
- Paga \$2,000 por la hospitalización inicial más \$400/noche en el hospital (\$800 UCI) - cuando es admitido debido a un accidente/lesión cubierto
- Paga hasta \$8,000 por huesos rotos y hasta \$4,800 por dislocaciones
- Paga por tendones desgarrados, ligamentos, manguito rotador, cartílago de la rodilla, beneficio del aparato, tomografías computarizadas (IRM), visitas de seguimiento, fisioterapia y otros tratamientos/lesiones.
- **Bono para Hijos Lesiones Deportivas** - paga un 20% más cuando su hijo se lesiona mientras juega deportes organizados
- Incluye un beneficio de \$50,000 por muerte accidental y desmembramiento

Deducción Bisemanal	
Empleado (EE)	\$8.07
EE + Cónyuge	\$17.09
EE + Hijo(s)	\$17.77
Familia	\$26.79

- Elija entre una cobertura de \$10,000 o \$20,000 - **Emisión Garantizada (Sin Preguntas Médicas)**
- **VALOR INMEDIATO!!** Paga \$100 de para exámen de bienestar reconocido - por persona cubierta/por año
- Si alguna vez se le diagnostica un Ataque Crdiáco, un Derrame Cerebral, una Falla en los Órganos Mayores, una Insuficiencia Renal en Etapa Terminal, un Coma, una Pérdida Completa de la Audición/Habla/Visión, Parálisis de Varias Extremidades, Enfermedad de Parkinson Avanzada, Quemaduras Graves, ALS o Cáncer Invasivo, Guardian le pagará un beneficio por la cantidad de su cobertura: según su diagnóstico
- Se encuentran disponibles beneficios adicionales para diagnósticos como el Carcinoma in situ (30%), Tumor Cerebral Benigno (75%) y Arteriosclerosis Coronaria (30%), Enfermedad de Addison (30%), Enfermedad de Alzheimer (50%), Enfermedad de Huntington (30%) ), Esclerosis Múltiple (30%) o Parálisis de una sola Extremidad (50%) [**\*\*%** de la cantidad de cobertura elegido]
- Cobertura disponible para cónyuge (50% de la cantidad elegida por el empleado) e hijos (25% de la cantidad elegida por el empleado) **con hijos cubiertos sin costo.** [\* El empleado debe inscribirse para cubrir dependientes]
- Las primas varían según la edad del EMPLEADO, el nivel de cobertura y el consumo de tabaco por EMPLEADO/ ESPOSA. El precio cambia con la edad.
- 12/12 Exclusión de Condiciones Preexistentes - para cualquier cosa que recibió tratamiento, tomó medicamentos o debió haber estado bajo la supervisión de un médico durante los 12 meses anteriores a la fecha de vigencia de la póliza será excluido de la cobertura durante los primeros 12 meses de la póliza.

\$10,000 / \$20,000 - No Fumador Deducción Bisemanal		
Edad	Empleado (EE) o EE + Hijo(s)	Incluir Cónyuge o Familia
<b>Hasta 19</b>	\$3.28 / \$6.55	\$4.92 / \$9.83
<b>20-24</b>	\$3.46 / \$6.92	\$5.19 / \$10.38
<b>25-29</b>	\$3.55 / \$7.11	\$5.33 / \$10.66
<b>30-34</b>	\$3.83 / \$7.66	\$5.75 / \$11.49
<b>35-39</b>	\$4.57 / \$9.14	\$6.85 / \$13.71
<b>40-44</b>	\$5.91 / \$11.82	\$8.86 / \$17.73
<b>45-49</b>	\$7.94 / \$15.88	\$11.91 / \$23.82
<b>50-54</b>	\$10.62 / \$21.23	\$15.93 / \$31.85
<b>55-59</b>	\$14.08 / \$28.15	\$21.12 / \$42.23
<b>60-64</b>	\$19.34 / \$38.68	\$29.01 / \$58.02
<b>65+</b>	\$29.68 / \$59.35	\$44.52 / \$89.03

\$10,000 / \$20,000 - Fumador Deducción Bisemanal		
Edad	Empleado (EE) o EE + Hijo(s)	Incluir Cónyuge o Familia
<b>Hasta 19</b>	\$3.83 / \$7.66	\$5.75 / \$11.49
<b>20-24</b>	\$4.02 / \$8.03	\$6.03 / \$12.05
<b>25-29</b>	\$4.15 / \$8.31	\$6.23 / \$12.46
<b>30-34</b>	\$4.62 / \$9.23	\$6.93 / \$13.85
<b>35-39</b>	\$5.72 / \$11.45	\$8.58 / \$17.17
<b>40-44</b>	\$7.98 / \$15.97	\$11.97 / \$23.95
<b>45-49</b>	\$11.91 / \$23.82	\$17.86 / \$35.73
<b>50-54</b>	\$17.35 / \$34.71	\$26.03 / \$52.06
<b>55-59</b>	\$24.97 / \$49.94	\$37.45 / \$74.91
<b>60-64</b>	\$36.74 / \$73.48	\$55.11 / \$110.22
<b>65+</b>	\$58.48 / \$116.95	\$87.72 / \$175.45

## 2021 PRIMAS DE SEGURO MÉDICO



Niveles De Descuento En Primas	Bisemanal
Prima Base - No Descuentos	Ninguno
1 Descuento Biométrico Solo	\$12.00
2 Descuento Libre De Tabaco Solo	\$18.00
3 Descuentos Biométricos y Libres De Tabaco	\$30.00
4 Reembolso De Estado Físico * (ver nota)	Pagado trimestral si se obtiene \$97.50

Dental	Empleado Solo	Empleado/ Cónyuge + Hijo(s)	Empleado y Familia
Bajo	\$9.90	\$20.84	\$35.15
Alto	\$11.04	\$24.34	\$45.62
Vision	Empleado Solo	Empleado/ Cónyuge + Hijo(s)	Empleado y Familia
Guardian Vision	\$3.10	\$5.89	\$9.12

### DEDUCCIONES DE PRIMA BISEMANAL

EMPLEADO PAGA			
Blue Options 05302 (Generic Choices Rx) 2018	Prima con Nivel 1 Descuento	Prima con Nivel 2 Descuento	Prima con Nivel 3 Descuento
Médico, Plan Bajo			
Employee	\$ 54.26	\$ 36.26	\$ 24.26
Empleado + Cónyuge	\$ 163.97	\$ 45.97	\$ 133.97
Empleado + Hijo(s)	\$ 130.56	\$ 112.56	\$ 100.56
Familia Entera	\$ 30.59	\$ 212.59	\$ 200.59

FSM PAGA			
PRIMA BASE	Prima con Nivel 1 Descuento	Prima con Nivel 2 Descuento	Prima con Nivel 3 Descuento
	\$ 182.22	\$ 200.22	\$ 212.22
	\$ 398.87	\$ 416.87	\$ 428.87
	\$ 323.50	\$ 341.50	\$ 353.50
	\$ 526.17	\$ 544.17	\$ 556.17

PRIMA TOTAL			
PRIMA BASE	Prima con Nivel 1 Descuento	Prima con Nivel 2 Descuento	Prima con Nivel 3 Descuento
	\$ 236.49	\$ 236.49	\$ 236.49
	\$ 562.84	\$ 562.84	\$ 562.84
	\$ 454.06	\$ 454.06	\$ 454.06
	\$ 756.76	\$ 756.76	\$ 756.76

Blue Care 48 (Generic Choices Rx) 2018	Prima con Nivel 1 Descuento	Prima con Nivel 2 Descuento	Prima con Nivel 3 Descuento
Médico, Plan Bajo			
Employee	\$ 79.41	\$ 61.41	\$ 49.41
Empleado + Cónyuge	\$ 220.12	\$ 202.12	\$ 190.12
Empleado + Hijo(s)	\$ 177.82	\$ 159.82	\$ 147.82
Familia Entera	\$ 303.40	\$ 285.40	\$ 273.40

PRIMA BASE	Prima con Nivel 1 Descuento	Prima con Nivel 2 Descuento	Prima con Nivel 3 Descuento
	\$ 173.19	\$ 191.19	\$ 203.19
	\$ 381.06	\$ 399.06	\$ 411.06
	\$ 307.17	\$ 325.17	\$ 337.17
	\$ 504.91	\$ 522.91	\$ 534.91

PRIMA BASE	Prima con Nivel 1 Descuento	Prima con Nivel 2 Descuento	Prima con Nivel 3 Descuento
	\$ 255.60	\$ 252.60	\$ 252.60
	\$ 601.19	\$ 601.19	\$ 601.19
	\$ 484.99	\$ 484.99	\$ 484.99
	\$ 808.32	\$ 808.32	\$ 808.32

Blue Care 67 (10/30/50 Rx) 2018	Prima con Nivel 1 Descuento	Prima con Nivel 2 Descuento	Prima con Nivel 3 Descuento
Médico, Plan Alto			
Employee	\$ 39.17	\$ 121.17	\$ 109.17
Empleado + Cónyuge	\$ 355.32	\$ 337.32	\$ 325.32
Empleado + Hijo(s)	\$ 290.65	\$ 272.65	\$ 260.65
Familia Entera	\$ 480.48	\$ 462.48	\$ 450.48

PRIMA BASE	Prima con Nivel 1 Descuento	Prima con Nivel 2 Descuento	Prima con Nivel 3 Descuento
	\$ 197.46	\$ 209.46	\$ 215.46
	\$ 445.88	\$ 457.88	\$ 463.88
	\$ 335.70	\$ 367.70	\$ 373.70
	\$ 596.76	\$ 608.76	\$ 614.76

PRIMA BASE	Prima con Nivel 1 Descuento	Prima con Nivel 2 Descuento	Prima con Nivel 3 Descuento
	\$ 336.64	\$ 336.64	\$ 336.64
	\$ 801.20	\$ 801.20	\$ 801.20
	\$ 646.35	\$ 646.35	\$ 646.35
	\$ 1,077.25	\$ 1,077.25	\$ 1,077.25

**Reembolso de Estado Físico** \*- el reembolso de estado físico, se debe ganar el trimestre anterior, y se pagará una vez como una ganancia en el primer mes del trimestre subsiguiente. El reembolso de estado físico no se refleja en el precio de las primas médicas.



# Ahorre dinero en recetas con Publix

## ¡Publix tiene recetas GRATIS!

Seamos honestos, las cosas gratis son increíbles. Entonces, ¿qué pasa si le dijimos que ciertos medicamentos seleccionados son gratis en la farmacia Publix? Sí, eso es correcto. Ofrecemos medicamentos de mantenimiento selectos, como aquellos para la presión arterial o la diabetes, y antibióticos, gratis. Vea qué medicamentos hicieron nuestra lista.

### Alta presión

- **Amlodipina** hasta 180 tabletas de 2.5 mg o 5 mg, o 90 tabletas de 10 mg.
- **Lisinopril** hasta 180 tabletas.

### Diabetes

- **Metformin** 360 tabletas de 500 mg, 270 tabletas de 850 mg o 225 tabletas de 1000 mg.

### Antibióticos

- **Amoxicilina** suficiente para 14 días

- **Ampicilina** suficiente para 14 días
- **SMZ-TMP** suficiente para 14 días (solo tabletas)
- **Penicilina VK** suficiente para 14 días

## Publix también tiene recetas por solo \$ 2.50

¿Una entrega de 90 días de algunos de los medicamentos más comunes por \$7.50? ¡Eso es solo \$2.50 por mes, amigos! Encuentre sus medicamentos a continuación y tráiganos las botellas con receta para hacer el cambio. Tu billetera estará eternamente agradecida.

### Enfermedad de Alzheimer

- **Donepezil** en tabletas de 5 mg o 10 mg

### Dolor de artritis

- **Meloxicam** en tabletas de 7.5 mg o 15 mg

### Asma y Alergias

- **Cetirizina HCl** en tabletas de 5 mg o 10 mg

### Colesterol

- **Simvastatin** en tabletas de 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg o 80 mg

### Diabetes

- **Glimepirida** en tabletas de 1 mg, 2 mg o de 4 mg

### Gastrointestinal

- **Omeprazol** en cápsula de 20 mg
- **Ranitidina** en tabletas de 150 mg o 300 mg

### Gota

- **Allopurinol** en tabletas de 100 mg o de 300 mg

### Salud del corazón / Cardiovascular

- **Clonidina** en tabletas de 0.1 mg, 0.2 mg, o 0.3 mg
- **Clopidogrel** en tableta de 75 mg
- **Furosemida** en tabletas de 20 mg, 40 mg u 80 mgt ableta
- **Hydralazina** en tabletas de 10 mg, 25 mg, 50 mg o de 100 mg
- **Hydrochlorothiazide** en cápsula de 12.5 mg en tabletas de 25 mg o 50 mg
- **Jantoven** en tabletas de 1 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg, o 10 mg

- **Comprimido de Losartan** en tabletas de 25 mg, 50 mg o 100 mg
- **Metoprolol Tartrate** en tabletas de 25 mg, 50 mg o de 100 mg
- **Triamterene-HCTZ** en cápsula de 37.5-25 mg en tabletas de 37.5-25 mg o de 75-50 mg

### Salud de los hombres

- **Tamsulosina** en cápsula de 0.4 mg

### Salud mental

- **Amitriptyline HCL** en tabletas de 10 mg o 25 mg
- **Bupiriona** en tabletas de 5 mg, 10 mg o 15 mg
- **Sertralina** en tabletas de 25 mg, 50 mg o tableta de 100 mg

### Osteoporosis

- **Alendronate** en tabletas de 35 mg o de 70 mg

### Enfermedad de Parkinson

- **Ropinirol** en tabletas de 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg o tableta de 5 mg

### Trastornos Convulsivos

- **Topiramato** en tabletas de 25 mg, 50 mg, 100 mg o 200 mg

### La salud de la mujer

- **Estradiol** en tabletas de 0.5 mg, 1 mg o de 2 mg

Se aplican ciertas restricciones. El precio de descuento de \$7.50 ofrecido bajo el Programa de Medicamentos de Publix Pharmacy está disponible solo para suministros de hasta 90 días de medicamentos con receta, dosis y formularios. Se pueden aplicar restricciones de cantidad. El precio de descuento no está disponible para medicamentos, dosis y formularios que no aparecen en la lista de medicamentos con descuento del Programa de Medicamentos de Farmacia Publix. Consulte a su farmacéutico o médico si tiene alguna pregunta sobre su receta. Los precios pueden ser más altos en ciertos estados. Publix se reserva el derecho de modificar los términos y los medicamentos cubiertos por el Programa de Medicamentos de Publix Pharmacy en cualquier momento sin previo aviso. Publix puede limitar los precios reducidos a los medicamentos recetados que se encuentran en inventario y que son fabricados y vendidos solo por ciertos fabricantes de productos farmacéuticos. El Programa de Medicamentos de Publix Pharmacy no es un plan de medicamentos recetados de descuento, tarjeta de descuento de medicamentos o programa de membresía, o plan de seguro. El Programa de Medicamentos de Publix Pharmacy no se puede combinar con otras ofertas, descuentos, rebajas o promociones.

# AHORRE \$\$\$ EN MEDICAMENTOS



Cientos de cupones para medicamentos recetados y no recetados

[www.internetdrugcoupons.com](http://www.internetdrugcoupons.com)

## ¿Puedo usar cupones a pesar de que tengo seguro de medicamentos?

La respuesta depende del plan de seguro y el cupón. Los cupones o reembolsos de medicamentos nunca se pueden usar si tiene un seguro de medicamentos ofrecida por el gobierno, como Medicare, Medicaid, etc.

Algunos cupones de medicamentos establecen que solo deben usarse para clientes que paguen en efectivo. En ausencia de dicho lenguaje en la letra pequeña del cupón, puede aplicar el cupón o descuento para su Copago.

Debe saber que el precio del cupón o reembolso nunca puede exceder sus gastos de bolsillo.

Por ejemplo, supongamos que tiene un copago de \$ 5.00 por el medicamento X, pero tiene un cupón o descuento de \$ 20.00. El máximo de su reembolso será de \$ 5.00. No espere que el cajero le dé cambio.

## Consejos Utiles

**Presente cualquier cupón al farmacéutico ANTES de llenar sus recetas.** A veces, el farmacéutico o el empleado no sabe si su tienda acepta cupones o puede que no sepan cómo procesar los cupones.

Cuando le entregue el cupón al farmacéutico, lo revisará para asegurarse de que no esté vencido o de que se hayan condiciones especiales (por ejemplo, si el cupón es solo por una cierta cantidad o fuerza). Él debería poder decirle allí mismo y si puede poner el cupón en la computadora.

Si la farmacia rechaza los cupones, pruebe con otra tienda. Todas las cadenas grandes aceptan alegremente cupones de medicamentos siempre y cuando cumpla con los términos y condiciones del cupón. Están felices de tener su negocio.

**Permitir Pop-Ups.** Muchos de los cupones aparecen en su pantalla en forma de Pop-Ups. Si tiene activado el bloqueador de Pop-Ups, es posible que no pueda ver ni imprimir los cupones.

**Imprima más de un cupón de medicamentos o formulario de reembolso a la misma vez.** Si la oferta es para un medicamento que usa regularmente, imprima varios de ellos y guárdelos en un lugar seguro, como dentro de su botiquín.

**No fotocopie los cupones de medicamentos no utilizados.** Imprima nuevos directamente desde su computadora mientras está en línea. A menudo, cada cupón o formulario de reembolso tiene un número de código único, por lo que solo se puede usar una vez. Cada vez que imprime uno nuevo desde su computadora, el sitio web lo trata como una nueva solicitud y le asigna un nuevo número de código a su cupón.

No todas las disposiciones, limitaciones y exclusiones están incluidas en esta publicación. En caso de conflicto entre la información contenida en esta publicación y las disposiciones del plan, regirán el Documento del Plan y los contratos de seguro. Las copias de estos documentos están disponibles en Recursos Humanos.

Revisado 11.04.2020

