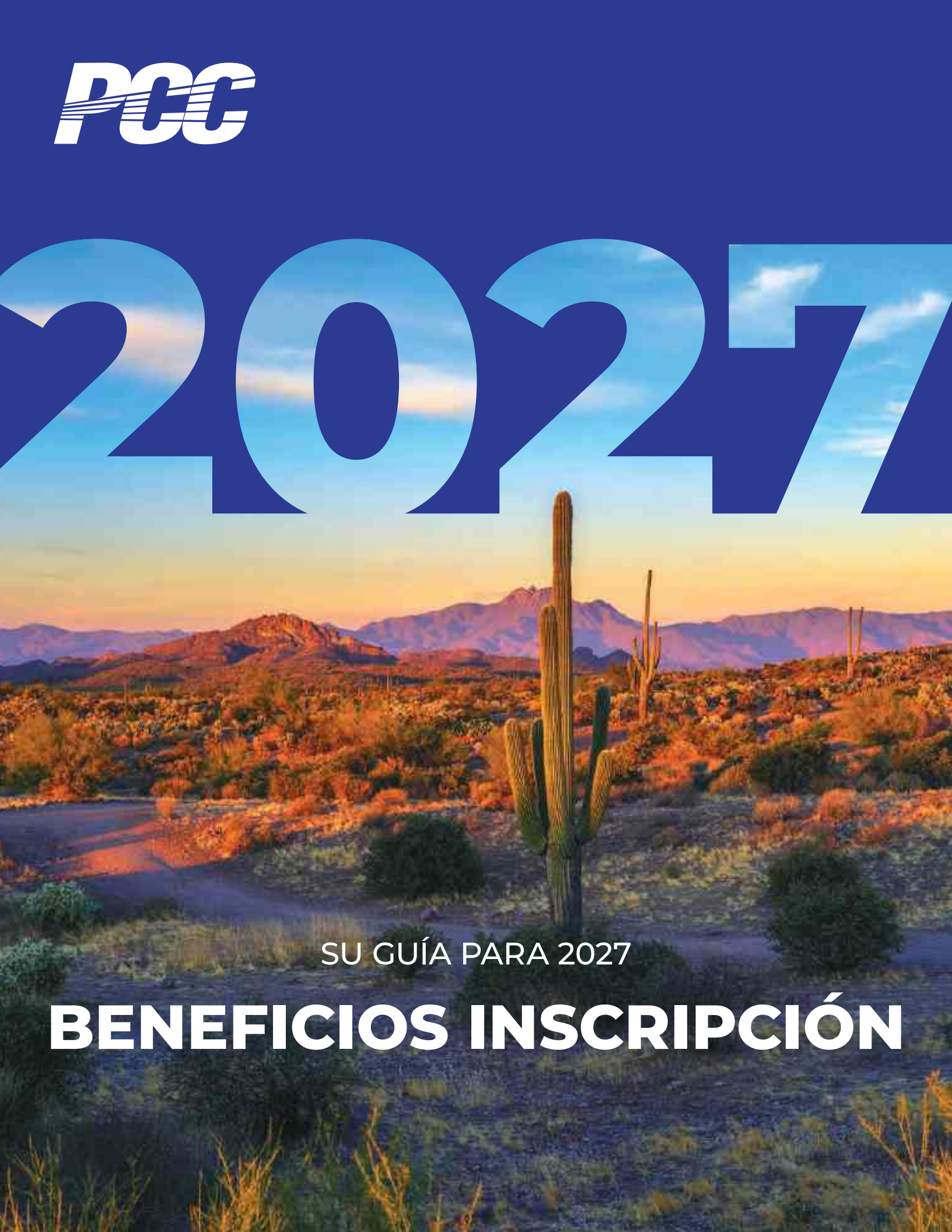
PCC

2027



SU GUÍA PARA 2027

BENEFICIOS INSCRIPCIÓN

ÍNDICE

3 Quién es elegible
4 Cómo inscribirse o realizar cambios
5 Cuándo inscribirse
6 Cuándo comienza la cobertura
7 Cuánto cuesta la cobertura
7 Cuándo finaliza la cobertura
8 Cobertura médica y de medicamentos recetados
14 Seguro médico complementario
16 Seguro dental
17 Seguro oftalmológico
18 Cuenta de ahorros para la salud
20 Cuentas de gastos flexibles
21 Seguro por discapacidad
22 Seguro de vida y accidentes
24 Beneficios adicionales
25 Plan de ahorro para la jubilación PCC 401(k)
26 Omada Health
26 Hinge Health
27 SmartConnect
27 New York Life Secure Travel
28 Programa de bienestar
29 Avisos legales
36 Información de contacto

PCC Structurals, Inc. (PCC) se complace en ofrecer un programa integral de prestaciones con la flexibilidad que necesita para elegir una cobertura y protección sólidas a un precio asequible. Nuestro programa de beneficios está disponible para los empleados elegibles de PCC en todas las localidades de la división.

UTILICE ESTA GUÍA PARA...

- **Revise sus opciones de beneficios**
- **Comprenda cómo funcionan los planes**
- **Infórmese sobre las herramientas y los recursos disponibles con cada plan**
- **Seleccione las prestaciones que más le convengan**

¿PREGUNTAS?

Los asesores de beneficios están listos para ayudarle a comprender sus opciones y tomar las decisiones adecuadas para sus necesidadesy presupuesto .

Comuníquese con el centro de atención telefónica de beneficios al **855-874-3489**, de lunes a viernes, de 4 a.m. a 6 p.m., Hora del Pacífico. La asistencia está disponible en varios idiomas.



Jensen Beach Bridge, cerca de Port St. Lucie, FL

QUIÉN ES ELEGIBLE

EMPLEADOS

Usted puede inscribirse en el programa de beneficios de PCC si es empleado a tiempo completo o empleado a tiempo parcial que trabaja 20 horas o más a la semana.

DEPENDIENTES

Cuando se inscriba en las prestaciones, también puede inscribir a sus dependientes elegibles, incluidos:



[1] Si su hijo tiene una discapacidad mental o física, la cobertura puede continuar más allá de los 26 años, una vez que se proporcione prueba de la discapacidad continua. Los hijos pueden ser hijos naturales, hijos adoptivos, hijastros e hijos de los que es tutor legal, así como hijos de parejas de hecho que cumplan los requisitos.

[2] Usted pagará la misma contribución de empleado por la cobertura que pagaría por un cónyuge. Sin embargo, debido a la legislación fiscal federal, la inscripción de su pareja de hecho tendrá un impacto en sus impuestos sobre la renta y la nómina, a menos que su pareja de hecho reúna los requisitos para beneficiarse de ventajas fiscales.

CONSEJOS PARA LA INSCRIPCIÓN

- Si tiene familiares que trabajan para PCC, cada uno de ustedes puede estar cubierto como empleado O como dependiente, pero no como ambos.
- Sus dependientes deben inscribirse en los mismos planes que usted elija para sí mismo.
- Al inscribir a sus dependientes, debe tener a mano su número de la Seguridad Social (excepto en el caso de los recién nacidos) y su fecha de nacimiento antes de acceder a Workday o ponerse en contacto con el centro de atención telefónica de prestaciones.
- Los dependientes recién añadidos deben ser verificados antes de que su cobertura entre en vigor.

CÓMO INSCRIBIRSE O REALIZAR CAMBIOS

INSCRÍBASE EN WORKDAY O POR TELÉFONO

Acceda a Workday en **wd5.myworkday.com/wday/authgwy/pcc/login.htmld**

Póngase en contacto con el centro de atención telefónica de prestaciones en **855-874-3489**
De lunes a viernes, de 4 a.m. a 6 p.m.
Hora del Pacífico.

¿NECESITA AYUDA?

Si tiene preguntas sobre el proceso de inscripción o necesita ayuda para completar sus elecciones de beneficios en Workday, comuníquese con Recursos Humanos o con el centro de atención telefónica de beneficios para obtener ayuda.



Lake Tahoe,
Carson City, NV

CUÁNDO INSCRIBIRSE

Puede inscribirse en las prestaciones:

- Cuando se convierta en empleado elegible por primera vez
- Durante el período de inscripción abierta
- Durante el año natural, en un plazo de 30 días tras experimentar un acontecimiento vital que le dé derecho a ello

DURANTE EL PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA	DURANTE EL AÑO
La inscripción abierta es su oportunidad anual para inscribirse en los beneficios o realizar cambios en los beneficios existentes. Por lo general, los beneficios que elija durante la inscripción abierta entrarán en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del año siguiente, a menos que experimente un evento de vida calificado que le permita cambiar su cobertura o le haga perder su elegibilidad para la cobertura.	Si experimenta un cambio de situación que afecte a su elegibilidad para las prestaciones o un acontecimiento vital que cumpla los requisitos del IRS durante el año, puede inscribirse en la cobertura de nuevos planes y realizar cambios en la cobertura existente en un plazo de 30 días a partir del acontecimiento.

Acceda a Workday en **wd5.myworkday.com/wday/authgwy/pcc/login.htmld** o póngase en contacto con el centro de atención telefónica de beneficios en el **855-874-3489** para iniciar el proceso.

ACONTECIMIENTOS VITALES QUE CUMPLEN LOS REQUISITOS

Según las directrices del IRS, algunos ejemplos de acontecimientos vitales que cumplen los requisitos son, entre otros:

- Casamiento/divorcio
- Nacimiento, adopción de un hijo
- Nombramiento como tutor legal designado por un tribunal
- Fallecimiento de un dependiente
- Pérdida de la elegibilidad de un dependiente para la cobertura
- Pérdida de la cobertura debido a un cambio en la situación laboral

Sus elecciones o cambios en las prestaciones deben ser coherentes con el evento. Para ciertos acontecimientos vitales, debe proporcionar la documentación requerida en Workday para verificar el acontecimiento, o los cambios solicitados no se procesarán. Los cambios que realice entrarán en vigor, por lo general, el primer día del mes siguiente o coincidente con un acontecimiento vital que le dé derecho a ello, excepto en los siguientes casos:

- **Nacimiento, adopción de un hijo:** La cobertura comienza en la fecha de nacimiento o en la fecha en que se finaliza la adopción.
- **Eliminación de dependientes de la cobertura:** La cobertura finaliza para el dependiente eliminado el último día del mes.
- **Fallecimiento, divorcio, separación legal o terminación de una unión doméstica:** La cobertura generalmente finaliza el último día del mes siguiente a la fecha del evento. El divorcio pone fin a la cobertura a partir de la fecha del divorcio. Las excepciones son la cobertura por discapacidad y el seguro de vida y accidentes, que finalizarán de inmediato.

CUÁNDO COMIENZA LA COBERTURA

Su cobertura de beneficios de PCC entra en vigor en la fecha de elegibilidad, siempre que se haya inscrito antes de la fecha límite.

Si se inscribe durante el período de inscripción abierta, las prestaciones entrarán en vigor el 1 de enero.

Para obtener más información sobre la cobertura tras un evento de vida que le da derecho a ella, comuníquese con el centro de atención telefónica de beneficios al **855-874-3489** .

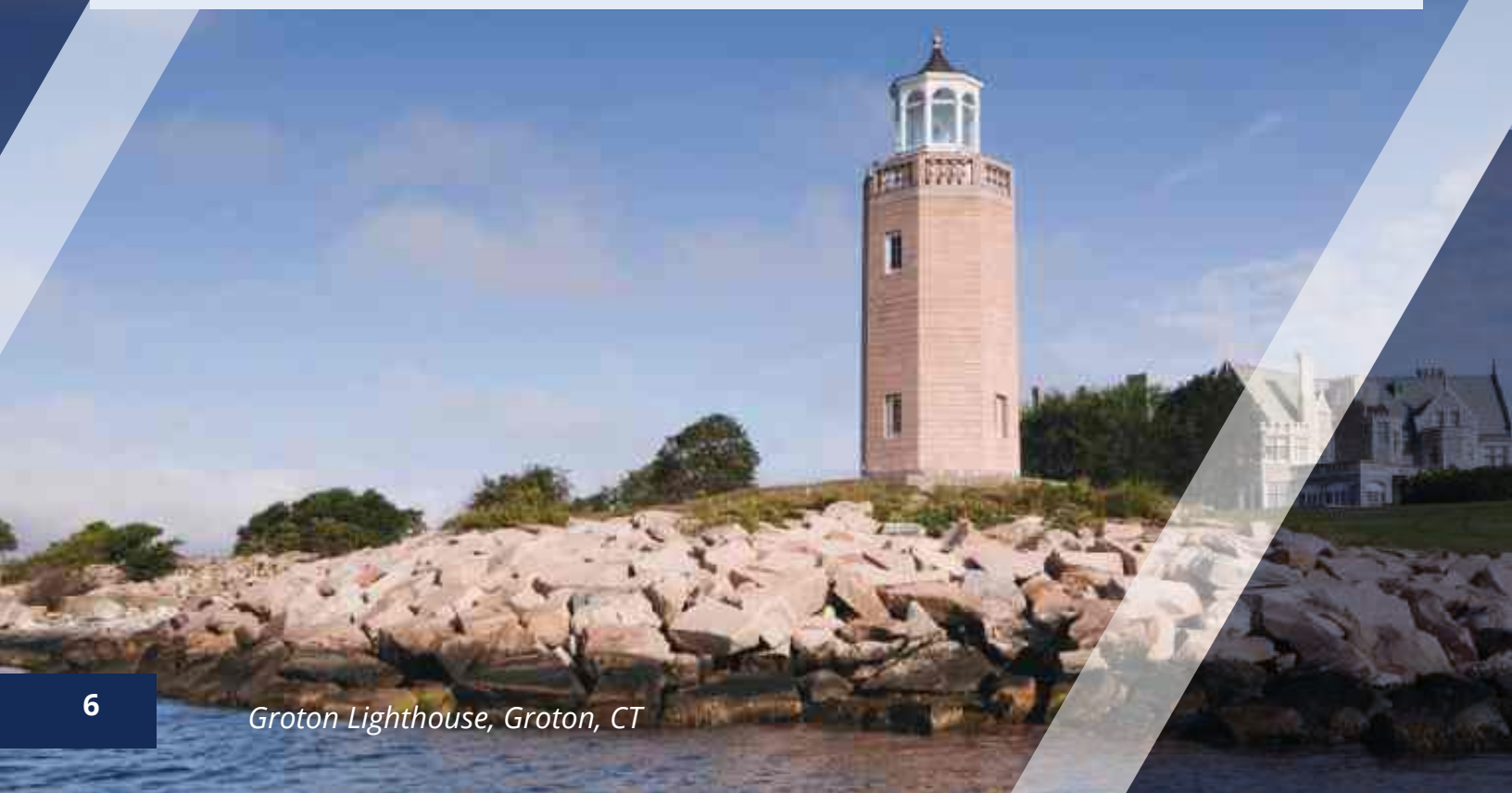
CRÉDITO POR RENUNCIA A LA COBERTURA MÉDICA

Si tiene otra cobertura médica y decide renunciar a la cobertura médica a través de PCC, podría recibir un crédito de $1,500 al año; los pagos se dividirán a partes iguales entre cada nómina regular y se prorratearán en función de la fecha de elegibilidad.

Para recibir el crédito por exclusión voluntaria, debe completar dos pasos importantes durante el período de inscripción (o dentro de los 30 días siguientes a la fecha de elegibilidad):

- **PASO 1: Optar por renunciar a la cobertura médica de PCC.**
  - **En Workday:** Seleccione **Plan de exclusión médica** al completar sus elecciones.
  - **Por teléfono:** Indique al asesor de prestaciones que desea renunciar a la cobertura médica.
- **PASO 2: Acepte los términos y la declaración.**
  - **En Workday:** Siga las instrucciones para aceptar los términos y la declaración antes de enviar sus elecciones.
  - **Por teléfono:** Deberá aceptar verbalmente la declaración.

Nota: Si ya ha renunciado a la cobertura médica a través de PCC, la declaración de renuncia a la cobertura se renovará automáticamente cada año, a menos que realice cambios en su elección de cobertura médica durante la inscripción abierta.



Groton Lighthouse, Groton, CT



White Mountains, cerca de Tilton, NH

CUÁNTO CUESTA LA COBERTURA

El importe que pagará varía en función de las opciones que elija y de las personas que decida incluir en la cobertura: solo usted, usted y su cónyuge/pareja de hecho o hijos, o toda su familia.

Si inscribe a su pareja de hecho, pagará la misma contribución de empleado por la cobertura que pagaría por un cónyuge. Sin embargo, debido a la legislación fiscal federal, la inscripción de su pareja de hecho tendrá un impacto en sus impuestos sobre la renta y la nómina, a menos que su pareja de hecho reúna los requisitos para beneficiarse de ventajas fiscales.

RECARGOS

Proporcionar la verificación tanto para los recargos por tabaco como por cónyuge forma parte del proceso de inscripción, tanto si realiza la elección en línea como por teléfono.

Recargo por tabaco

Si usted o su cónyuge/pareja de hecho consumen tabaco, pagará un recargo mensual por cada persona que corresponda. El consumo de tabaco incluye, entre otros, el uso de pipas, cigarrillos, cigarrillos electrónicos, puros, tabaco de mascar, rapé y cualquier otro tipo de tabaco para fumar o sin humo (independientemente de la frecuencia o el método de consumo). Para evitar este recargo, le recomendamos que usted o su cónyuge/pareja de hecho se inscriban en el programa para dejar de consumir tabaco disponible a través de su plan médico — comenzar es fácil:

- **Miembros de Cigna:** Visite **mycigna.com** o llame al **855-881-7925** para inscribirse en el programa para dejar de consumir tabaco de Cigna.
- **Miembros de Kaiser:** Consulte el horario de clases e inscríbase en el programa para **dejar de fumar/vapear** de Kaiser.

Recargo por cónyuge

Si su cónyuge/pareja de hecho es elegible para cobertura médica a través de su empleador y está inscrito en un plan médico de PCC, pagará un recargo cada mes. Si su cónyuge está inscrito en Medicare, no estará sujeto al recargo.

CUÁNDO FINALIZA LA COBERTURA

Si su empleo finaliza, o si cancela la cobertura debido a un evento de vida calificado, la cobertura por discapacidad, el seguro de vida y accidentes y el seguro para mascotas finalizarán inmediatamente. Todas las demás coberturas finalizarán el último día del mes siguiente a la fecha del evento.

PALABRAS CLAVESQUE USTED DEBE CONOCER

- **Beneficio máximo anual:** El importe total máximo que el plan pagará durante el año del plan.
- **Servicios dentales básicos:** Servicios como restauraciones básicas, algunas cirugías orales, endodoncias y periodoncias.
- **Coseguro:** Porcentaje del costo que pagará su plan, normalmente después de que usted haya alcanzado el deducible.
- **Copago:** Importe que usted paga por un servicio cubierto cada vez que utiliza dicho servicio. Por lo general, no se aplica al deducible.
- **Deducible:** La cantidad que usted paga antes de que el plan comience a pagar.
- **Servicios dentales importantes:** Servicios como coronas, dentaduras postizas, implantes y algunas cirugías orales.
- **Ortodoncia:** Enderezamiento o movimiento de dientes y/o mandíbulas desalineados con aparatos ortodónticos y/o cirugía.
- **Gastos de bolsillo:** Gastos que usted paga, como deducibles, copagos, coseguros y servicios no cubiertos.
- **Máximo de gastos de bolsillo:** La cantidad máxima que paga por los servicios cubiertos en un año (es posible que tenga que pagar cantidades adicionales si recibe la cobertura de un proveedor fuera de la red).
- **Servicios dentales preventivos:** Servicios diseñados para prevenir o diagnosticar afecciones dentales, incluyendo evaluaciones bucales, limpiezas de rutina, radiografías, tratamientos con flúor y selladores.
- **Subsidio para compras minoristas:** Asignación máxima pagada por el costo de los materiales oftalmológicos. Usted debe pagar cualquier cantidad que exceda la asignación para compras minoristas.

COBERTURA MÉDICA Y DE MEDICAMENTOS RECETADOS

La cobertura médica ofrece valiosos beneficios para ayudarle a mantenerse saludable y pagar la atención médica si usted o sus familiares cubiertos se enferman o lesionan. PCC ofrece una variedad de opciones de planes médicos y redes de proveedores.

Cigna ofrece todos los planes en todas las ubicaciones. Kaiser también ofrece todos los planes si usted vive o trabaja en un área de servicio de Kaiser en Oregón o California. La cobertura de medicamentos recetados está incluida en todas las opciones de planes médicos.

PLANES CON DEDUCIBLE DE $400, $900 Y $1,500

Los planes con deducible de $400, $900 y $1,500 generalmente le brindan la flexibilidad de consultar a proveedoresdentroo fuera de la red. (Los planes de Kaiser solo incluyen cobertura dentro de la red.) Sin embargo, usted paga los costos más bajos cuando utiliza proveedores dentro de la red. Los servicios de atención preventiva están cubiertos al 100%. Para algunos servicios, pagará un copago fijo o un copago con coseguro, y para otros, primero deberá alcanzar el deducible anual aplicable antes de que el plan comience a pagar los beneficios. Una vez que alcance el deducible, el plan pagará un porcentaje del costo de los servicios, y usted será responsable de los costos restantes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.



Mount Baldy, cerca de Covina, CA

PLAN DE SALUD CON DEDUCIBLE ALTO Y CUENTA DE AHORROS PARA GASTOS MÉDICOS

El plan de salud con deducible alto y HSA es un tipo diferente de plan médico e incluye una cuenta de ahorros con ventajas fiscales, denominada cuenta de ahorros para la salud (HSA). Juntos, estos dos componentes le ofrecen una cobertura médica completa y un control total sobre los servicios de salud que contrata y cómo gasta su dinero en atención médica (consulte **páginas 18-19** para obtener más información sobre la HSA)

Usted tiene la flexibilidad de acudir a proveedores dentro o fuera de la red. Sin embargo, usted paga los costos más bajos cuando utiliza proveedores dentro de la red. Debe cumplir con el deducible antes de que el plan comience a pagar los beneficios. (Esto incluye los beneficios para medicamentos recetados no preventivos). Usted es responsable de cualquier costo restante hasta alcanzar el máximode gastos de bolsillo. El plan incluye beneficios de medicamentos recetados y atención complementaria.

Nota: Todos los planes médicos de PCC incluyen cobertura de medicamentos recetados.

RECORDATORIOS SOBRE DEDUCIBLES Y GASTOS MÁXIMOS DE BOLSILLO

Al elegir la cobertura para cualquier miembro de su familia además de usted mismo, tenga en cuenta que los deducibles y el gasto máximo de bolsillo se aplican de manera diferente según los distintos planes.

PLANES	DEDUCIBLE	GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO
HDHP con HSA	Se debe alcanzar el deducible familiar completo antes de que comiencen a pagarse los beneficios para cualquier miembro de la familia.	Se debe alcanzar el máximo de gastos de bolsillo de toda la familia antes de que el plan pague la totalidad de los gastos de cualquier miembro de la familia.
Plan con deducible de $400 Plan con deducible de $900 Plan con deducible de $1,500	Una vez que un miembro de la familia alcanza el deducible individual, se comienzan a pagar los beneficios para esa persona.	Una vez que un miembro de la familia alcanza el gasto máximo de bolsillo individual, el plan paga la totalidad de los beneficios cubiertos para esa persona.

RESUMEN DEL PLAN MÉDICO — PLANES DE CIGNA

A continuación se ofrece un resumen de algunas de las prestaciones cubiertas por el plan médico de Cigna y los gastos de bolsillo.

	HDHP CON HSA	PLAN CON DEDUCIBLE DE $1,500	PLAN CON DEDUCIBLE DE $900	PLAN CON DEDUCIBLE DE $400
Elegible para HSA	Sí	No	No	No
	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED
DEDUCIBLE ANUAL				
Individual	$2,500	$1,500	$900	$400
Familia	$5,000	$3,000	$1,800	$800
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO				
Individual	$6,200	$5,200	$3,000	$2,200
Familia	$6,850	$10,400	$6,000	$4,400
COBERTURA MÉDICA				
Atención preventiva	100%; no se aplica deducible	100%; no se aplica deducible	100%; no se aplica deducible	100%; no se aplica deducible
Visita de atención primaria	80% después del deducible	Copago de $40; no se aplica deducible	Copago de $40; no se aplica deducible	Copago de $20; no se aplica deducible
Visita al especialista	80% después del deducible	Copago de $80; no se aplica deducible	Copago de $80; no se aplica deducible	Copago de $40; no se aplica deducible
La mayoría de los demás servicios	80% después del deducible	80% después del deducible	80% después del deducible	80% después del deducible
RECETAS MÉDICAS MINORISTAS				
Preventivo	100%; no se aplica deducible	100%; no se aplica deducible	100%; no se aplica deducible	100%; no se aplica deducible
Genéricos	80% después del deducible	Copago de $20; no se aplica deducible	Copago de $20; no se aplica deducible	Copago de $10; no se aplica deducible
Marca preferida	80% después del deducible	Copago de $50; no se aplica deducible	Copago de $50; no se aplica deducible	Copago de $30; no se aplica deducible
Marca no preferida	80% después del deducible	Copago de $80; no se aplica deducible	Copago de $80; no se aplica deducible	Copago de $60; no se aplica deducible
RECETAS POR CORREO (SUMINISTRO PARA 90 DÍAS)				
Preventivo	100%; no se aplica deducible	100%; no se aplica deducible	100%; no se aplica deducible	100%; no se aplica deducible
Genéricos	80% después del deducible	Copago de $50; no se aplica deducible	Copago de $50; no se aplica deducible	Copago de $25; no se aplica deducible
Marca preferida	80% después del deducible	Copago de $125; no se aplica deducible	Copago de $125; no se aplica deducible	Copago de $75; no se aplica deducible
Marca no preferida	80% después del deducible	Copago de $200; no se aplica deducible	Copago de $200; no se aplica deducible	Copago de $150; no se aplica deducible

RESUMEN DEL PLAN MÉDICO — PLANES DE KAISER CA

A continuación se muestra un resumen de algunas de las prestaciones cubiertas por el plan médico de Kaiser y los gastos que debe pagar de su bolsillo. Estos planes de Kaiser están disponibles si vive o trabaja en un área de servicio de Kaiser.

	HDHP CON HSA	PLAN CON DEDUCIBLE DE $1,500	PLAN CON DEDUCIBLE DE $900	PLAN CON DEDUCIBLE DE $400
Elegible para HSA	Sí	No	No	No
	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED
DEDUCIBLE ANUAL				
Individual	$2,500	$1,500	$900	$400
Individuo dentro de la familia	3,500*	N/A	N/A	N/A
Familia	$5,000	$3,000	$1,800	$800
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO				
Individual	$6,200	$5,200	$3,000	$2,200
Individuo dentro de la familia	$6,200*	N/A	N/A	N/A
Familia	$6,850	$10,400	$6,000	$4,400
COBERTURA MÉDICA				
Atención preventiva	100%; no se aplica deducible	100%; no se aplica deducible	100%; no se aplica deducible	100%; no se aplica deducible
Visita de atención primaria	80% después del deducible	Copago de $40; no se aplica deducible	Copago de $40; no se aplica deducible	Copago de $20; no se aplica deducible
Visita al especialista	80% después del deducible	Copago de $50; no se aplica deducible	Copago de $50; no se aplica deducible	Copago de $40; no se aplica deducible
La mayoría de los demás servicios	80% después del deducible	80% después del deducible	80% después del deducible	80% después del deducible
RECETAS MÉDICAS MINORISTAS				
Preventivo	100%; no se aplica deducible	100%; no se aplica deducible	100%; no se aplica deducible	100%; no se aplica deducible
Genéricos	80% después del deducible (máx. $50)	Copago de $10; no se aplica deducible	Copago de $10; no se aplica deducible	Copago de $10; no se aplica deducible
Marca preferida	80% después del deducible (máx. $100)	70% (máx. $50); no se aplica deducible	70% (máx. $50); no se aplica deducible	Copago de $30; no se aplica deducible
Marca no preferida	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
RECETAS POR CORREO (SUMINISTRO PARA 90 DÍAS)				
Preventivo	100%; no se aplica deducible	100%; no se aplica deducible	100%; no se aplica deducible	100%; no se aplica deducible
Genéricos	80% después del deducible (máx. $50)	Copago de $20; no se aplica deducible	Copago de $20; no se aplica deducible	Copago de $20; no se aplica deducible
Marca preferida	80% después del deducible (máx. $100)	70% (máx. $50); no se aplica deducible	70% (máx. $50); no se aplica deducible	Copago de $60; no se aplica deducible
Marca no preferida	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto

* Si vive en California y se inscribe en la cobertura familiar, el importe que pagará cada persona de la familia por el deducible se limitará a $3,500, y el máximo de gastos de bolsillo se limitará a $6,200.

RESUMEN DEL PLAN MÉDICO — PLANES KAISER NW (PORTLAND, OR, Y SUROESTE DE WASHINGTON,)

A continuación se muestra un resumen de algunas de las prestaciones cubiertas por el plan médico de Kaiser y los gastos que debe pagar de su bolsillo. Estos planes de Kaiser están disponibles si vive o trabaja en un área de servicio de Kaiser en Portland, Oregón, o el suroeste de Washington.

	HDHP CON HSA	PLAN CON DEDUCIBLE DE $1,500	PLAN CON DEDUCIBLE DE $900	PLAN CON DEDUCIBLE DE $400
Elegible para HSA	Sí	No	No	No
	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED
DEDUCIBLE ANUAL				
Individual	$2,500	$1,500	$900	$400
Familia	$5,000	$3,000	$1,800	$800
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO				
Individual	$6,200	$5,200	$3,000	$2,200
Familia	$6,850	$10,400	$6,000	$4,400
COBERTURA MÉDICA				
Atención preventiva	100%; no se aplica deducible	100%; no se aplica deducible	100%; no se aplica deducible	100%; no se aplica deducible
Visita de atención primaria	80% después del deducible	Copago de $40; no se aplica deducible	Copago de $40; no se aplica deducible	Copago de $20; no se aplica deducible
Visita al especialista	80% después del deducible	Copago de $80; no se aplica deducible	Copago de $80; no se aplica deducible	Copago de $40; no se aplica deducible
La mayoría de los demás servicios	80% después del deducible	80% después del deducible	80% después del deducible	80% después del deducible
RECETAS MÉDICAS MINORISTAS				
Preventivo	100%; no se aplica deducible	100%; no se aplica deducible	100%; no se aplica deducible	100%; no se aplica deducible
Genéricos	80% después del deducible	Copago de $10; no se aplica deducible	Copago de $10; no se aplica deducible	Copago de $10; no se aplica deducible
Marca preferida	80% después del deducible	70% (máx. $50); no se aplica deducible	70% (máx. $50); no se aplica deducible	Copago de $30; no se aplica deducible
Marca no preferida	80% después del deducible	55% (máx. $80); no se aplica deducible	55% (máx. $80); no se aplica deducible	Copago de $60; no se aplica deducible
RECETAS POR CORREO (SUMINISTRO PARA 90 DÍAS)				
Preventivo	100%; no se aplica deducible	100%; no se aplica deducible	100%; no se aplica deducible	100%; no se aplica deducible
Genéricos	80% después del deducible	Copago de $20; no se aplica deducible	Copago de $20; no se aplica deducible	Copago de $20; no se aplica deducible
Marca preferida	80% después del deducible	70% (máx. $100); no se aplica deducible	70% (máx. $100); no se aplica deducible	Copago de $60; no se aplica deducible
Marca no preferida	80% después del deducible	55% (máx. $160); no se aplica deducible	55% (máx. $160); no se aplica deducible	Copago de $120; no se aplica deducible

MÁS INFORMACIÓN SOBRE LAS PRESTACIONES DE CUIDADOS ALTERNATIVOS DE PCC

PCC ofrece beneficios de acupuntura, quiropráctica y masajes a través de todos los planes médicos.

PLANES KAISER NW (PORTLAND, OR Y SUROESTE DE WASHINGTON)	
Acupuntura y quiropráctica	• **Plan con deducible de $400:** Copago de $40 • **Plan con deducible de $900:** Copago de $40 • **Plan con deducible de $1,500:** Copago de $40 • **Plan con deducible de $2,500:** $10 después del deducible • Límite de 24 visitas para acupuntura • Límite de 30 visitas para quiropráctica
Masajes	• **Plan con deducible de $400:** Copago de $25, límite de 12 visitas • **Plan con deducible de $900:** Copago de $25, límite de 12 visitas • **Plan con deducible de$1,500:** Copago de $25, límite de 12 visitas • **Plan con deducible de $2,500:** $25 después del deducible, límite de 12 visitas

PLANES KAISER CA	
Acupuntura y quiropráctica	• **Plan con deducible de $400:** Copago de $15, límite de 30 visitas • **Plan con deducible de $900:** Copago de $15, límite de 30 visitas • **Plan con deducible de $1,500:** Copago de $15, límite de 30 visitas • **Plan con deducible de $2,500:** Copago de $15 después del deducible, límite de 40 visitas (límite de visitas combinado para quiropráctica/acupuntura)
Masajes	• Cubierto con remisión médica solo bajo el beneficio de fisioterapia

PLANES CIGNA	
Acupuntura	• **Plan con deducible de $400:** Copago por visita al consultorio, límite de 12 visitas • **Plan con deducible de $900:** Copago por visita al consultorio, límite de 12 visitas • **Plan con deducible de $1,500:** Copago por visita al consultorio, límite de 12 visitas • **Plan con deducible de $2,500:** Deducible y luego coseguro, límite de 12 visitas
Quiropráctica	• **Plan con deducible de $400:** Copago de $20, límite de 30 visitas • **Plan con deducible de $900:** Copago de $40, límite de 30 visitas • **Plan con deducible de $1,500:** Copago de $40, límite de 30 visitas • **Plan con deducible de $2,500:** Deducible y luego coseguro, límite de 30 visitas
Masajes	• **Plan con deducible de $400:** Copago por visita al consultorio, límite de 12 visitas • **Plan con deducible de $900:** Copago por visita al consultorio, límite de 12 visitas • **Plan con deducible de $1,500:** Copago por visita al consultorio, límite de 12 visitas • **Plan con deducible de $2,500:** Deducible y luego coseguro, límite de 12 visitas



Lake Chabot Regional Park, cerca de San Leandro, CA



Hawthorne Bridge, Willamette River, Portland, OR

SEGURO MÉDICO COMPLEMENTARIO

El seguro médico complementario puede ayudarle a protegerse de gastos significativos o inesperados en los que incurra cuando se someta a un procedimiento o utilice un servicio que su plan médico no cubre. Estas opciones complementarias no están diseñadas para sustituir a los planes médicos tradicionales.

Todos los planes de seguro médico complementario se ofrecen a través de Cigna.

¿ESTÁ INSCRITO EN EL PLAN DE SALUD CON DEDUCIBLE DE $1,500 O DEDUCIBLE ALTO (HDHP)?

Quizás le interese contratar una cobertura adicional que le pague directamente las prestaciones para ayudarle a cubrir los deducibles y los gastos de bolsillo. Considere la posibilidad de combinar su cobertura médica con un seguro médico complementario. Estos planes son un excelente complemento para su plan médico y ayudan a reducir los riesgos financieros asociados con enfermedades y lesiones.

Dependiendo de su situación, es posible que pueda ahorrar dinero comprando un plan médico de menor costo y añadiendo uno o más planes complementarios para lograr una protección eficaz al costo del plan.

SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES

Nadie sabe lo que le depara el futuro en lo que respecta a su salud. Los signos que indican una enfermedad grave no siempre son claros, y es posible que estas enfermedades no se puedan prevenir. Recuperarse de una enfermedad grave a menudo conlleva gastos significativos, además de los costos médicos.

El seguro para enfermedades graves puede ayudarle con estos gastos de su bolsillo, permitiéndole pagar las facturas relacionadas con el tratamiento o ayudarle con los gastos diarios.

ASPECTOS DESTACADOS:

- Proporciona cobertura de emisión garantizada, lo que significa que puede tener derecho a la cobertura sin tener que responder a ninguna pregunta sobre su salud
- Paga una indemnización única en efectivo directamente a usted para ayudarle a cubrir los gastos de bolsillo asociados a una enfermedad grave cubierta
- Paga además delas prestaciones del seguro médico existente
- Paga tras el diagnóstico de una afección cubierta
- Algunos ejemplos de afecciones cubiertas son: cáncer, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, trasplante de órganos vitales e insuficiencia renal terminal*

* No es una garantía de cobertura. Las prestaciones varían según el estado. Revise los documentos del plan para verificar las prestaciones cubiertas.

Nota: La participación en estas prestaciones es totalmente voluntaria. PCC permite el acceso y las deducciones de nómina para las contribuciones requeridas.

SEGURO DE ACCIDENTES

Un accidente puede requerir una variedad de tratamientos, pruebas, terapias y otros cuidados para ayudar en la recuperación. Incluso los mejores planes médicos pueden dejarle con gastos adicionales que deberá pagar de su propio bolsillo. Los gastos diarios, como la hipoteca, el pago del automóvil o el cuidado de los hijos, pueden ser más difíciles de cubrir debido a la pérdida o reducción de ingresos.

El seguro de accidentes puede ayudarle a recuperarse proporcionándole prestaciones en efectivo si sufre un accidente cubierto. Estas prestaciones le ayudan con los gastos y protegen sus ahorros, lo que le permite centrarse más en su recuperación.

ASPECTOS DESTACADOS:

- Proporciona prestaciones en efectivo para ayudar a cubrir los gastos de bolsillo asociados a un accidente cubierto
- Paga además de las prestaciones del seguro médico existente
- Paga prestaciones por cada suceso cubierto
- Algunos ejemplos de servicios cubiertos son: sala de urgencias, hospitalización, visitas al médico y fisioterapia*
- Beneficios adicionales disponibles para ciertas lesiones, como dislocaciones, fracturas, quemaduras y laceraciones*

* No es una garantía de cobertura. Las prestaciones varían según el estado. Revise los documentos del plan para verificar las prestaciones cubiertas.

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Las estancias hospitalarias suelen ser inesperadas y, en tan solo unos días, pueden suponer una carga incluso para los presupuestos más saneados. La hospitalización puede causar graves problemas económicos debido a los gastos médicos que debe pagar de su bolsillo o a la pérdida de ingresos. Cuando se está recuperando, lo último de lo que debe preocuparse es de cuánto le costará ponerse mejor.

El seguro de indemnización hospitalaria ofrece protección financiera cuando usted es hospitalizado debido a una enfermedad o lesión cubierta. Las prestaciones pueden ayudarle a pagar la factura del hospital, a cubrir los gastos diarios o a pagar cualquier otra cosa que necesite.

ASPECTOS DESTACADOS:

- Se le pagará directamente una indemnización a tanto alzado por cada día que permanezca en el hospital
- No hay gastos de bolsillo ni períodos de espera
- Las prestaciones pagadas se suman a la cobertura proporcionada por su plan médico
- Se proporcionan beneficios por ingreso hospitalario y estancia hospitalaria diaria*

* No es una garantía de cobertura. Las prestaciones varían según el estado. Revise los documentos del plan para verificar las prestaciones cubiertas.

Nota: La participación en estas prestaciones es totalmente voluntaria. PCC permite el acceso y las deducciones de nómina para las contribuciones requeridas.



Mt Hood en Trillium Lake, cerca de Clackamas, OR

SEGURO DENTAL

Las investigaciones demuestran que puede existir una relación entre una mala salud dental y afecciones graves de salud. Las revisiones dentales periódicas y una buena higiene bucal son una parte esencial de su salud y bienestar general. Hay tres opciones de planes dentales disponibles a través de Delta Dental. Kaiser Dental también está disponible si vive en Oregón o en el suroeste de Washington.

RESUMEN DEL PLAN DENTAL — DELTA DENTAL Y KAISER DENTAL

Las siguientes prestaciones están incluidas en sus opciones de plan. Los resúmenes se aplican tanto al plan Delta Dental como al plan Kaiser Dental. Consulte los documentos del plan para conocer los beneficios fuera de la red.

	PLAN BASIC PLUS	PLAN ESTÁNDAR	PLAN MEJORADO CON ORTODONCIA
Beneficio máximo anual	$1,000	$1,500	$2,000
	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED
Deducible individual	$50	$50	$50
Deducible familiar	$150	$150	$150
Servicios preventivos	El plan paga el 100%; no se aplica deducible	El plan paga el 100%; no se aplica deducible	El plan paga el 100%; no se aplica deducible
Servicios básicos	El plan paga el 70% después del deducible	El plan paga el 80% después del deducible	El plan paga el 80% después del deducible
Servicios importantes	El plan paga el 50% después del deducible	El plan paga el 50% después del deducible	El plan paga el 50% después del deducible
Servicios de ortodoncia (adultos y niños hasta los 19 años)	No cubierto	No cubierto	El plan paga el 50% después del deducible, hasta un máximo de $1,500 por persona y de por vida



Three Sisters Mountains, vista desde Redmond, OR

SEGURO OFTALMOLÓGICO

Hacerse un examen ocular anual es una de las mejores formas de asegurarse de que sus ojos se mantienen sanos.
Puede inscribirse en la cobertura oftalmológica para ahorrar dinero en gastos oftalmológicos elegibles, como exámenes oculares, gafas y lentes de contacto. Hay dos opciones de planes oftalmológicos disponibles a través de Cigna.

RESUMEN DEL PLAN OFTALMOLÓGICO — CIGNA

Las siguientes prestaciones dentro de la red están incluidas en sus opciones de plan. Consulte los documentos del plan para conocer los beneficiosfuera de la red.

	PLAN ESTÁNDAR	PLAN MEJORADO
	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED
Examen ocular	Copago de $10	Copago de $10
Lentes para gafas Visión simple Bifocales con línea Lentes trifocales	Copago de $25 por montura/lentes	Copago de $10 por monturas/lentes
Monturas de gafas	Después de un copago de $25 por materiales (véase más arriba), el plan cubre hasta $130 de asignación minorista para algunas monturas 20% de descuento en cantidades superiores a la asignación (una vez cada 24 meses)	Después de un copago de $10 por materiales (véase más arriba), el plan cubre hasta $300 de asignación minorista para algunas monturas 20% de descuento en cantidades superiores a la asignación (una vez cada 12 meses)
Lentes de contacto (en lugar de lentes y monturas)	Hasta $130 de asignación	Hasta $300 de subsidio
FRECUENCIA DE LOS BENEFICIOS		
Examen	Cada año calendario	Cada año calendario
Lentes	Cada año calendario	Cada año calendario
Monturas	Cada 24 meses	Cada 12 meses
Lentes de contacto	Cada año calendario	Cada año calendario



Smith Rock State Park, OR



Comunidad costera en Groton, CT

CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD

Si se inscribe en el Plan de salud con deducible alto (HDHP), tiene derecho a aportar dinero a una Cuenta de ahorros para la salud (HSA). Las HSA son cuentas de ahorro con ventajas fiscales que puede utilizar para ayudar a pagar los gastos médicos elegibles a medida que los incurre.

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE UNA HSA

- **Funciona como una cuenta bancaria.** Usted decide cuánto aportar a su HSA y puede cambiar esa cantidad en cualquier momento en Workday. Utilice los fondos de la cuenta para pagar los gastos médicos elegibles utilizando su tarjeta de débito cuando reciba la atención, o presente una solicitud de reembolso por los pagos que haya realizado (hasta el saldo disponible en su cuenta).
- **Tiene ventajas fiscales.** No paga impuestos por las aportaciones realizadas con su nómina y puede obtener intereseslibres de impuestossobre el saldo de su HSA.
- **Es su dinero.** Los fondos no utilizados se pueden transferir cada año e invertir para el futuro. Incluso puede llevarse la cuenta consigo si deja PCC o guardarla para utilizarla durante la jubilación.
- **Se puede combinar con una cuenta de gastos flexibles (FSA) de propósito limitado.** Combine la HSA con esta cuenta para obtener ahorros fiscales adicionales. Los gastos dentales y oftalmológicos elegibles se pueden pagar con fondos de la FSA de propósito limitado desde el primer día del año del plan.

CONTRIBUCIONES A LA HSA

Puede contribuir a la HSA para ayudar a pagar los gastos médicos, dentales, oftalmológicos y de medicamentos recetados elegibles, ahora o en el futuro. ¡PCC también contribuye a ayudar a aumentar sus ahorros!

	PCC CONTRIBUYE	LOS EMPLEADOS PUEDEN APORTAR HASTA	LÍMITE DE CONTRIBUCIÓN TOTAL ANUAL
Individual	$750	$3,750	$4,500
Familia	$1,500	$7,500	$9,000
	¿Tiene 55 años o más? Puede aportar $1,000 adicionales al año.		

La contribución de PCC se añadirá a su HSA en el momento en que comience su cobertura y se prorrateará en función de su mes de contratación.

¡IMPORTANTE!

No puede contribuir a una HSA si:

- Está inscrito en Medicare o TRICARE
- Está cubierto por cualquier seguro médico que no sea un plan de salud calificado con deducible alto
- Puede ser declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona
- Tiene acceso a reembolsos en virtud de una cuenta de gastos flexibles para la salud (FSA) establecida por otro empleador para usted, su cónyuge o pareja de hecho, u otro miembro de su familia

PAGO DE GASTOS ELEGIBLES

Hay tres formas de utilizar su HSA para pagar gastos elegibles:

- Utilice su tarjeta de débito HSA para pagar directamente en el punto de servicio
- Pague los servicios de su bolsillo y presente una solicitud de reembolso
- Utilice su tarjeta de débito HSA para pagar las facturas que reciba de la oficina de su proveedor

Si no desea utilizar el dinero de su HSA, también puede optar por pagar los servicios de su bolsillo y no presentar una solicitud de reembolso. De esta manera, ahorra el dinero de su HSA para futuras necesidades médicas.

Puede utilizar su HSA para gastos de su propio bolsillo que, por lo general, cumplirían los requisitos para la deducción del impuesto sobre la renta por gastos médicos, dentales y oftalmológicos:

- Deducibles
- Visitas al consultorio
- Medicamentos recetados
- Hospitalizaciones y análisis de laboratorio
- Terapia del habla, ocupacional y física
- Atención dental y oftalmológica

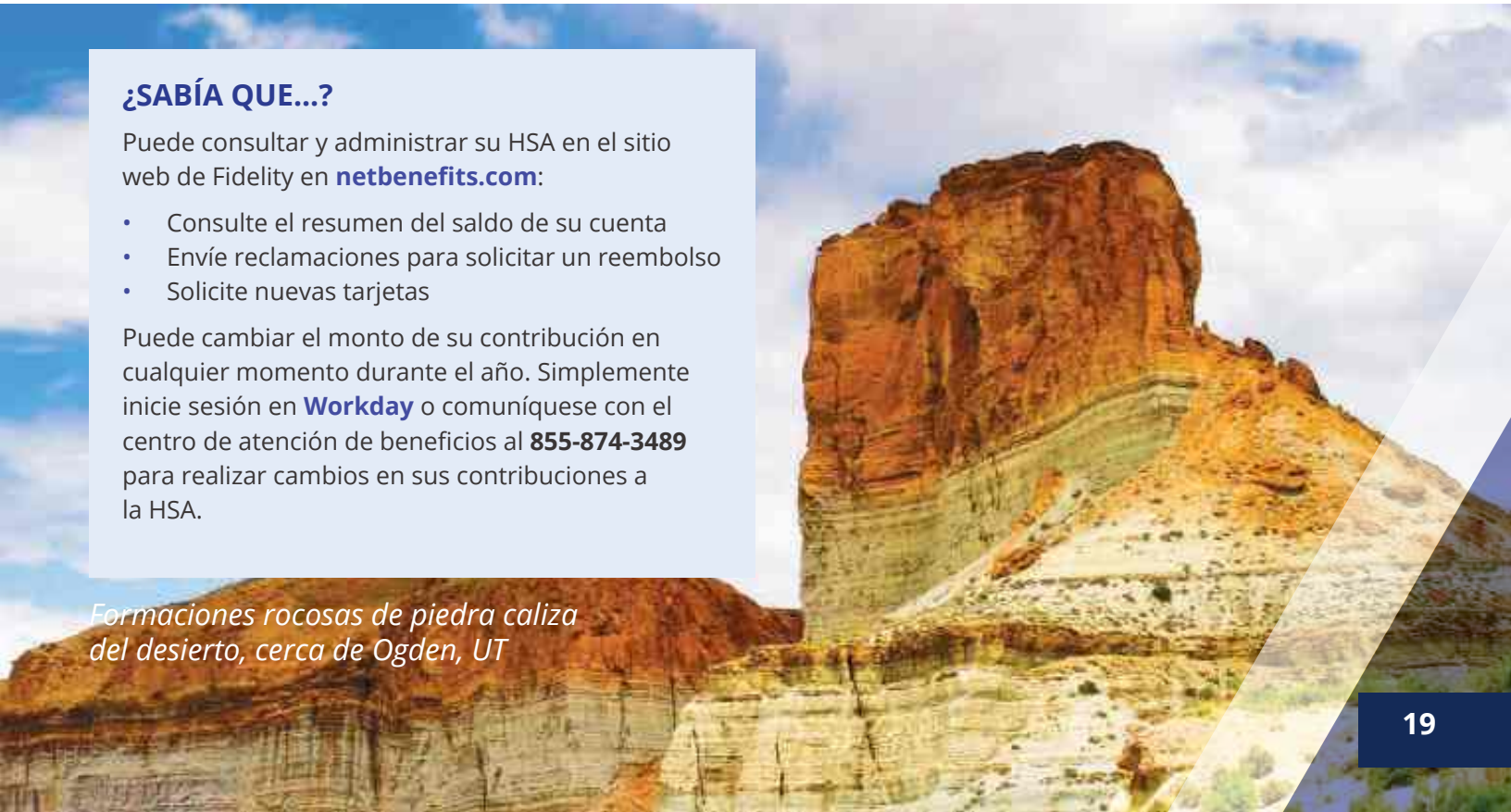
Para obtener una lista completa de los gastos elegibles, consulte la Publicación 502 del IRS en **irs.gov/publications/p502/index.html**.

¿SABÍA QUE...?

Puede consultar y administrar su HSA en el sitio web de Fidelity en **netbenefits.com**:

- Consulte el resumen del saldo de su cuenta
- Envíe reclamaciones para solicitar un reembolso
- Solicite nuevas tarjetas

Puede cambiar el monto de su contribución en cualquier momento durante el año. Simplemente inicie sesión en **Workday** o comuníquese con el centro de atención de beneficios al **855-874-3489** para realizar cambios en sus contribuciones a la HSA.



Formaciones rocosas de piedra caliza del desierto, cerca de Ogden, UT

CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES

Las cuentas de gastos flexibles (FSA) son una excelente manera de ahorrar dinero en sus gastos de salud y cuidado de dependientes. Puede pagar los gastos de atención médica o de cuidados de personas dependientes que cumplan los requisitos antes de impuestos mediante deducciones de nómina.

Las FSA se consideran cuentas de "úsalas o piérdelas", por lo que los fondos no utilizados se pierden al final del año del plan.

	CUENTA FSA PARA ATENCIÓN MÉDICA	FSA DE PROPÓSITO LIMITADO	CUENTA FSA PARA CUIDADOS DE PERSONAS DEPENDIENTES
¿Tiene una cuenta de ahorros para la salud (HSA)?	No puede tener una FSA para gastos médicos si contribuye a una HSA	Debe contribuir a una HSA para tener una FSA de propósito limitado	Usted es elegible para tener una FSA para el cuidado de dependientes, independientemente de si contribuye o no a una HSA
Gastos elegibles	Gastos médicos, dentales y oftalmológicos elegibles	Gastos dentales y oftalmológicos elegibles	Gastos de cuidado de niños/ancianos para dependientes elegibles que le permitan a usted y/o a su cónyuge o pareja de hecho trabajar (los gastos médicos, dentales y oftalmológicos no son elegibles para reembolso con esta cuenta)
Cómo se financia	• Puede realizar aportaciones de su nómina de hasta $3,400 al año, o hasta el importe máximo indexado anunciado por el IRS para el año del plan, si es diferente • Su elección se realiza durante el período de inscripción — no puede cambiarla a menos que experimente un evento de vida que califique durante el año (como casarse o tener un bebé) • Toda su contribución anual está disponible al comienzo del año del plan		• Puede realizar aportaciones con cargo a su nómina de hasta $7,500 al año por hogar (o hasta el importe máximo indexado anunciado por el IRS para el año del plan, si es diferente) para utilizarlo en gastos de cuidado de personas dependientes o de personas mayores que cumplan los requisitos • Su elección se realiza durante el período de inscripción — no puede cambiarla a menos que experimente un evento de vida que califique durante el año (como casarse o tener un bebé) • Sus fondos solo estarán disponibles después de que se hayan depositado en su cuenta en cada período de pago
Fondos no utilizados	• Cualquier cantidad que quede en su cuenta después del 31 de diciembre se perderá • Tiene 90 días después del final del año natural para presentar sus gastos		Debe calcular cuidadosamente sus gastos antes de inscribirse, ya que los fondos no utilizados en su cuenta no se transfieren al final del año y se pierden
Cómo acceder	• Recibirá una tarjeta de débito de beneficios que podrá utilizar para pagar los gastos elegibles — o bien, puede presentar reclamaciones para el reembolso de los gastos elegibles • Nota: Solo recibirá una tarjeta de débito para utilizar en todas las cuentas		

¿SABÍA USTED QUE?

Puede consultar y administrar su FSA en **benefitslogin.wexhealth.com**:

- Ver el resumen del saldo de su cuenta
- Presentar solicitudes de reembolso
- Solicite nuevas tarjetas
- Realice cambios en sus contribuciones si experimenta un evento de vida que lo justifique

SEGURO POR DISCAPACIDAD

Una discapacidad puede ser uno de los mayores riesgos financieros a los que se enfrenta. Sus ingresos laborales desaparecerán, pero sus gastos diarios seguirán siendo los mismos. Cuando tenga que ausentarse del trabajo durante un período prolongado, el seguro por discapacidad puede reemplazar un porcentaje de sus ingresos perdidos durante un cierto período de tiempo.

PCC paga el costo total de la cobertura por discapacidad a corto plazo (STD) y a largo plazo (LTD) para los empleados que reúnen los requisitos. La cobertura por discapacidad se proporciona a través de New York Life.

INCAPACIDAD A CORTO PLAZO	DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO
• **Empleados asalariados exentos:** 100% del salario durante un máximo de 13 semanas (comuníquese con el equipo de beneficios para obtener información específica de su ubicación) • **Empleados por hora y no exentos:** 60% del salario base (máximo $1,000), hasta 26 semanas • **Empleados corporativos:** Continuación del salario • Nota: Los empleados por hora de California recibirán en su lugar la prestación por discapacidad del estado de California. *En caso de que resida en un estado con discapacidad obligatoria, su plan PCC compensará con la prestación estatal.*	• **Los empleados asalariados exentos que** que ganan menos de $200,000: 60% del salario base, hasta $10,000 al mes • **Empleados asalariados** que ganen $200,000 o más: 60% del salario base, hasta $25,000 al mes • **Empleados por hora y no exentos:** 60% del salario base, hasta $10,000 al mes



Lake Tradition, Port St. Lucie, FL

SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES

Cuando ocurre algo inesperado, usted y su familia están protegidos con un seguro de vida y accidentes proporcionado por New York Life.

SEGURO DE VIDA TEMPORAL Y SEGURO DE AD&D PAGADO POR EL EMPLEADOR

PCC proporciona un seguro de vida y un seguro básico por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) pagados por la empresa sin coste alguno para usted.

PLAN	COBERTURA
Seguro de vida temporal pagado por el empleador	• **Empleados asalariados/corporativos:** 1.5 veces su salario base, hasta un máximo de $250,000 • **Empleados por hora/no exentos:** $50,000
Seguro de AD&D pagado por el empleador	• **Empleados asalariados/corporativos:** 1.5 veces su salario base, hasta un máximo de $250,000 • **Empleados por hora/no exentos:** $50,000

SEGURO DE VIDA TEMPORAL PAGADO POR EL EMPLEADO

Si desea cobertura adicional, puede adquirir un seguro de vida temporal pagado por el empleado para usted y sus dependientes elegibles. Usted paga el costo total de esta cobertura después de impuestos. Si desea adquirir cobertura para sus dependientes, también debe adquirir cobertura para usted.

	SEGURO DE VIDA TEMPORAL PAGADO POR EL EMPLEADO	SEGURO DE VIDA TEMPORAL PARA CÓNYUGE	SEGURO DE VIDA TEMPORAL PARA HIJOS
Importes de cobertura disponibles	Incrementos de $10,000, hasta $1 millón o 5 veces los ingresos anuales básicos	Incrementos de $10,000, hasta un máximo de $250,000 o el 100% de la cobertura del empleado *(Nota: para adquirir la cobertura para el cónyuge, es necesario elegir la cobertura de vida temporal pagada por el empleado)*	Incrementos de $5,000, hasta $25,000
Importes de emisión garantizada	$200,000	$50,000	N/A
	• Si elige el seguro de vida a término pagado por el empleado cuando es elegible por primera vez, deberá completar una Declaración de salud, también conocida como Evidencia de asegurabilidad (EOI), únicamente para la cobertura que supere el monto de emisión garantizada. Cualquier aumento futuro de la cobertura requerirá EOI. • Una vez que haga su elección en línea, New York Life se pondrá en contacto con usted por carta para informarle sobre la cobertura que requiere una EOI. Inicie sesión en **mynylgbs.com** para completar el cuestionario de salud en un plazo de 30 días. • Si usted (y/o su cónyuge elegible) no elige la cobertura cuando sea elegible por primera vez, pero la elige en una fecha posterior, se le pedirá que proporcione una EOI para cualquier cantidad. Si no se recibe una EOI, las prestaciones se reducirán al importe de emisión garantizada o al importe de emisión garantizada ( ) elegido previamente.		
Reducciones por edad	En el caso del seguro de vida temporal pagado por el empleado, los importes de las prestaciones se reducen a: • 65% de la cobertura original cuando cumpla 70 años, y • 50% de la cobertura original cuando cumpla 75 años		

¿QUÉ ES UN BENEFICIARIO Y POR QUÉ ES IMPORTANTE NOMBRAR UNO?

Un beneficiario es cualquier persona que usted nombre o designe para recibir las prestaciones de sus pólizas de seguro de vida y de AD&D. Nombrar a un beneficiario garantiza que sus prestaciones se destinen a quien usted desee. Esta sencilla medida puede ahorrar tiempo y dinero a sus seres queridos.

Acceda a Workday para designar a un beneficiario o realizar los cambios necesarios en su designación de beneficiarios actual.

Si no nombra a nadie como beneficiario, su cónyuge (si está casado y vivo) se convierte automáticamente en el beneficiario. Si no se nombra a ningún beneficiario, New York Life pagará las prestaciones a los miembros de su familia en el siguiente orden: su cónyuge, hijos, padres y hermanos.

SEGURO DE AD&D PAGADO POR EL EMPLEADO

Si desea cobertura adicional, puede adquirir un seguro AD&D pagado por el empleado para usted o para usted y su familia. Usted paga el costo total de este seguro después de impuestos..

	PAGADO POR EL EMPLEADO AD&D PARA EMPLEADOS	PAGADO POR EL EMPLEADO AD&D FAMILIAR
Cobertura Importes disponibles	1, 2, 3, 4 o 5 veces los ingresos, hasta $1 millón	• Prestación solo para el cónyuge: 50% de su prestación, hasta $250,000 • Prestación solo para hijos: 15% de su prestación, hasta un máximo de $25,000 • Prestación para el cónyuge (si los hijos también están cubiertos): 40% de su prestación, hasta un máximo de $250,000 • Prestación para hijos (si el cónyuge también está cubierto): 10% de su prestación, hasta un máximo de $25,000
Otros	• Si elige el seguro AD&D pagado por el empleado, no tendrá que completar una declaración de salud, también conocida como prueba de asegurabilidad (EOI) • Se aplican exclusiones y hay beneficios adicionales disponibles en este plan	
Reducción por edad	En el caso del seguro AD&D pagado por el empleado, los importes de las prestaciones se reducen a: • 65% de la cobertura original cuando cumpla 70 años, y • 50% de la cobertura original cuando cumpla 75 años	



Hidden Falls en Rock Creek en Happy Valley, cerca de Clackamas, OR

BENEFICIOS ADICIONALES

Como parte del paquete de beneficios de PCC, usted tiene acceso a una variedad de programas adicionales que pueden ayudarle a ahorrar dinero y proporcionarle una importante asistencia con las necesidades diarias.

PLAN DE ASISTENCIA AL EMPLEADO

Justo cuando cree que tiene la vida resuelta, surge un reto. Ya sean grandes o pequeñas, su Plan de asistencia al empleado está aquí para ayudarle a usted y a su familia a buscar soluciones y recuperar la tranquilidad.

Estamos a solo una llamada de distancia, disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin costo adicional para usted. Un asesor puede ayudarle a evaluar sus necesidades y desarrollar una solución, orientarle hacia recursos comunitarios y herramientas en línea, y/o ayudarle a programar sesiones presenciales con un terapeuta conductual.

Acceda a artículos y recursos en línea, que incluyen temas como la familia, el cuidado de personas, el cuidado de mascotas, el envejecimiento, el duelo, el equilibrio, cómo trabajar de forma más inteligente y mucho más. Seminarios web y seminarios educativos sobre una variedad de temas relevantes, como la gestión de su vida, su trabajo, su dinero y su salud. Sea lo que sea lo que le depare la vida, no dude en contárnoslo.

SEGURO PARA MASCOTAS

Las mascotas son impredecibles. Aunque es difícil prever accidentes y enfermedades, el seguro para mascotas de Nationwide hace que sea un poco más fácil estar preparado para ellos. Desde visitas de atención preventiva hasta incidentes médicos importantes, Nationwide ofrece protección para mascotas cuando más la necesita.

Las pólizas de Nationwide cubren una gran variedad de problemas médicos y afecciones relacionadas con accidentes y enfermedades, incluido el cáncer. Usted es libre de acudir a cualquier veterinario en todo el mundo, incluso a especialistas y proveedores de atención de urgencia. Lo mejor de todo es que los empleados de PCC tienen derecho a recibir precios preferenciales.

CENTRO COMERCIAL CON DESCUENTOS ONLINE

PCC se complace en ofrecerle PerkSpot, una tienda única con descuentos exclusivos en muchos de sus comercios nacionales y locales favoritos! PerkSpot es totalmente gratuito y está optimizado para su uso en cualquier dispositivo — ordenadores de sobremesa, tabletas y teléfonos.

Disfrute de acceso a miles de descuentos en docenas de categorías, actualizados diariamente. Aproveche las ofertas en línea de populares minoristas nacionales y descubra descuentos en su vecindario con el sencillo mapa local de PerkSpot.

Suscríbase al correo electrónico semanal de PerkSpot para recibir una selección de descuentos. El correo electrónico de cada semana incluye ofertas nuevas y populares, así como agrupaciones de ofertas por temporada y temática. ¡También es un recurso estupendo para sus compras navideñas!



Mt. Hood al amanecer, Portland, OR



Smith Rock State Park, cerca de Redmond, OR

PLAN DE AHORRO PARA LA JUBILACIÓN PCC 401(K)

Trabaja duro hoy, en parte para vivir bien mañana. Nuestro plan de ahorro 401(k) a través de Fidelity le permite apartar fondos para su futuro, con la ventaja añadida de las contribuciones del empleador de PCC.

- **¿Aún no se ha inscrito?** ¡Empiece ahora! El plan 401(k) patrocinado por la empresa es una de las formas más fáciles de ahorrar para la jubilación.
- **¿Ya participa?** Considere la posibilidad de aumentar su contribución y asegúrese de designar o actualizar sus beneficiarios.

Para obtener más información, comuníquese con Fidelity al **800-835-5095**, visite **401k.com** o descargue la aplicación móvil NetBenefits.

Nota: La participación en estas prestaciones es totalmente voluntaria. PCC permite el acceso y las deducciones de nómina para las contribuciones requeridas.

OMADA HEALTH

Todo el mundo merece estar sano. El programa de atención digital Omada Health puede cambiar su forma de ver la salud, para que pueda cambiar su salud y su vida para siempre!

Al combinar la ciencia del comportamiento y la atención clínica, Omada le ayuda a poner su salud en buen camino. Lo mejor de todo es que, si usted o sus dependientes adultos están inscritos en un plan médico de Cigna y corren el riesgo de padecer diabetes tipo 2 o actualmente viven con diabetes, Omada está disponible sin costo adicional. Eche un vistazo a lo que ofrecen los programas especializados de Omada.

PROGRAMA DE DIABETES	PROGRAMA DE PREDIABETES Y CONTROL DE PESO
Plan personalizado que le ayuda a: • Alcanzar los niveles objetivo • Aprender más sobre la diabetes y los medicamentos para el colesterol • Realizar pequeños cambios alcanzables en su estilo de vida	Reducir el riesgo de padecer diabetes tipo 2 con: • Un plan personalizado para ayudar a crear y mantener hábitos saludables • Ideas de cosas nuevas que probar sin tener que contar las calorías e es • Un asesor de salud dedicado que le brinde apoyo



Carson Valley, cerca de Carson City, NV

HINGE HEALTH

A partir del 1 de enero de 2027, Hinge Health está disponible sin costo adicional si usted o sus dependientes adultos están inscritos en un plan médico de Cigna y tienen dolor en las articulaciones o los músculos.

Con Hinge Health, tiene acceso a fisioterapia virtual y más recursos para ayudarle a reducir los dolores cotidianos en las articulaciones y los músculos, recuperarse de lesiones y mejorar su movilidad general.

Cuente con el apoyo de profesionales dedicados a ayudarle a sentirse lo mejor posible mediante atención personalizada que incluye:

- Planes de atención diseñados para sus actividades cotidianas y objetivos a largo plazo, que permiten tratar varias zonas del cuerpo al mismo tiempo
- Sesiones de ejercicios terapéuticos que puede realizar en tan solo 15 minutos — en cualquier momento y lugar a través de la aplicación Hinge Health
- Apoyo individual de un fisioterapeuta o asesor de salud para adaptar sus sesiones y ayudarle a alcanzar sus objetivos
- Comentarios instantáneos durante sus sesiones de ejercicios mediante un seguimiento preciso del movimiento para ayudarle a mejorar su técnica y aumentar su confianza

Para obtener más información, comuníquese con Hinge Health al **855-902-2777** o envíe un correo electrónico a **hello@hingehealth.com**.



Crooked River Arm de Lake Billy Chinook,
Cove Palisades State Park, al oeste de Redmond, OR

SMARTCONNECT

SmartConnect ayuda a las personas que están a punto de cumplir los requisitos para acceder a Medicare a navegar por el proceso sin coste adicional, proporcionándoles:

- **Acceso a formación en línea** sobre la asistencia sanitaria para jubilados y ayuda para la inscripción
- **Servicios de conserjería de Medicare** para obtener recomendaciones personalizadas y una inscripción sin complicaciones
- **Asistencia continua** para que aproveche al máximo sus beneficios de Medicare

NEW YORK LIFE SECURE TRAVEL

Secure Travel ofrece planificación previa al viaje, asistencia durante el viaje y beneficios de transporte médico de emergencia para las personas cubiertas que viajen a 100 millas o más de su hogar. El programa está diseñado para ayudarle a manejar situaciones inesperadas de manera segura y eficiente mientras viaja. La asistencia está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana — simplemente llame al **888-226-4567** (desde EE. UU. y Canadá) o al **+1 347-708-1824** (desde cualquier parte del mundo).

PROGRAMA DE BIENESTAR

La fortaleza y el éxito de PCC dependen de ustedes, nuestros valiosos empleados. Creemos firmemente que las elecciones saludables diarias contribuyen a una vida más feliz, tanto en el trabajo como en casa. Nuestro objetivo es ayudarle a alcanzar un bienestar que vaya más allá de la salud física y animarle a explorar las muchas áreas que contribuyen a una vida equilibrada.

El Programa de Bienestar de PCC a través de Personify Health le permite ganar 200 puntos ($200) por cumplir los requisitos mínimos: someterse a un examen físico con su proveedor de salud y completar la evaluación de salud en línea.

También puede completar actividades en las siguientes áreas para ganar hasta 300 puntos adicionales ($300):

- Físico
- Emocional
- Ocupacional
- Espiritual
- Social
- Financiero
- Intelectual
- Comunitario

El potencial de ganancias total para el año del programa es de 500 puntos ($500).

Debe estar empleado el 31 de diciembre de 2027 para recibir recompensas a través del Programa de Bienestar.

Nota: Todas las recompensas y premios en efectivo están sujetos a los impuestos habituales.



Marina de San Leandro, San Leandro, CA

AVISOS LEGALES

Las leyes federales exigen que PCC le proporcione ciertos avisos que le informen sobre sus derechos en relación con la elegibilidad, la inscripción y la cobertura de los planes de salud colectivos. Los siguientes avisos explican estos derechos; léalos atentamente y guárdelos en un lugar donde pueda encontrarlos.

Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le ofrece más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Para obtener más detalles, consulte el Aviso sobre la cobertura acreditable de medicamentos recetados y Medicare en los Avisos legales al final de este folleto.

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS Y LAS MADRES

La ley federal protege los derechos de las madres y los recién nacidos en relación con cualquier hospitalización relacionada con el parto. En general, los planes de salud colectivos y las aseguradoras médicas no pueden:

- Restringir las prestaciones por la duración de la estancia hospitalaria de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda).
- Exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o de la aseguradora para prescribir una estancia de hasta 48 horas (o 96 horas).

Para obtener más información sobre las leyes estatales de maternidad que pueden aplicarse a su plan médico, consulte el material de beneficios del plan médico en el que está inscrita.

LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LA MUJER DE 1998

Si usted o uno de sus dependientes cubiertos se ha sometido o se va a someter a una mastectomía, es posible que tenga derecho a determinadas prestaciones en virtud de la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, se proporcionará cobertura para los siguientes servicios de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y la paciente:

- Todas las etapas de la reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica
- Prótesis
- Tratamiento de las complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, incluidos los linfedemas

Estas prestaciones se proporcionarán con sujeción a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otras prestaciones médicas y quirúrgicas disponibles en su plan médico.

Si desea obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, llame al Departamento de Beneficios de PCC.

EVENTOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Según las disposiciones de inscripción especial de la HIPAA, en determinadas situaciones usted puede tener derecho a inscribirse en el plan médico de PCC durante el año, incluso si anteriormente rechazó la cobertura. Este derecho se extiende a usted y a todos los miembros de su familia que reúnan los requisitos.

- Usted tendrá derecho a inscribirse (y a inscribir a sus dependientes elegibles) si durante el año usted o sus dependientes han perdido la cobertura de otro plan debido a cualquiera de los siguientes eventos:
  - » Cese en el empleo, divorcio, fallecimiento o reducción de la jornada laboral que haya afectado a la elegibilidad para las prestaciones
  - » Cese de las contribuciones del empleador al plan
  - » El plan se ha cancelado
  - » Finalización de la cobertura COBRA

Debe notificar al plan en un plazo de 30 días a partir de la pérdida de la cobertura para poder inscribirse en el plan médico de PCC durante el año. De lo contrario, tendrá que esperar hasta el período de inscripción abierta del plan.

- Si durante el año adquiere un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o acogida para adopción, puede inscribir a ese dependiente, así como a usted mismo y a cualquier otro dependiente elegible, en el plan, incluso si anteriormente rechazó la cobertura médica.

Debe notificar al plan en un plazo de 30 días a partir de la fecha del evento para poder inscribirse en el plan médico de PCC durante el año. De lo contrario, tendrá que esperar hasta el período de inscripción abierta del plan. La cobertura será retroactiva a la fecha de nacimiento o adopción de los niños inscritos durante el año en virtud de estas disposiciones.

- A partir del 1 de abril de 2009, usted podrá inscribirse a sí mismo y a sus dependientes elegibles si se da cualquiera de estas dos circunstancias:
  - » Usted o su dependiente pierden la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) porque ya no son elegibles.
  - » Usted o su dependiente reúnen los requisitos para recibir asistencia estatal para el pago de las primas del plan médico colectivo de su empleador.

Independientemente de otros plazos de inscripción, tendrá 60 días a partir de la fecha del evento de Medicaid/CHIP para solicitar la inscripción en el plan médico de PCC.

Tenga en cuenta que los derechos de inscripción especial le permiten inscribirse en cualquier opción de beneficios del plan médico para la que usted y sus dependientes sean elegibles.

AYUDA PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS EN EL MARCO DE MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura médica de su empleador, es posible que su estado tenga un programa de asistencia para el pago de primas que le ayude a pagar la cobertura con fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para el pago de primas, pero es posible que puedan adquirir una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite **www.healthcare.gov**.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que se enumeran a continuación, pueden ponerse en contacto con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay ayuda para el pago de primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP y cree que usted o alguno de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, puede comunicarse con la oficina estatal de Medicaid o CHIP o llamar al 877-KIDS NOW o al **www.insurekidsnow.gov** para averiguar cómo solicitarlo. Si reúne los requisitos, pregunte a su estado si tiene algún programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por su empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir ayuda para el pago de las primas en virtud de Medicaid o CHIP, así como elegibles en virtud del plan de su empleador, este debe permitirle inscribirse en su plan si aún no lo ha hecho. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que se determine que es elegible para recibir ayuda para el pago de las primas. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, puede comunicarse con el Departamento de Trabajo en **www.askebsa.dol.gov** o llamar al 866-444-EBSA (3272).

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir ayuda para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada a fecha de 31 de julio de 2026. Póngase en contacto con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA – MEDICAID

- Sitio web: **http://myalhipp.com/**
- Teléfono: 855-692-5447

ALASKA – MEDICAID

- Programa de pago de primas de seguro médico de Alaska Sitio web: **http://myakhipp.com/**
- Teléfono: 866-251-4861
- Correo electrónico: **CustomerService@MyAKHIPP.com**
- Elegibilidad para Medicaid: **https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx**

ARKANSAS – MEDICAID

- Sitio web: **http://myarhipp.com/**
- Teléfono: 855-MyARHIPP (855-692-7447)

CALIFORNIA – MEDICAID

- Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP) Sitio web: **https://www.dhcs.ca.gov/services/health-insurance-premium-payment-program-cost-avoidance/**
- Teléfono: 916-445-8322
- Fax: 916-440-5676
- Correo electrónico: **hipp@dhcs.ca.gov**

COLORADO – HEALTH FIRST COLORADO (PROGRAMA MEDICAID DE COLORADO) Y CHILD HEALTH PLAN PLUS (CHP+)

- Sitio web de Health First Colorado: **https://www.healthfirstcolorado.com/**
- Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 800-221-3943/Servicio de retransmisión estatal 711
- Sitio web de CHP+: **https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus**
- Servicio de atención al cliente de CHP+: 800-359-1991/Servicio estatal de retransmisión 711
- Programa de Adquisición de Seguro Médico (HIBI): **https://www.mycohibi.com/**
- Servicio de atención al cliente de HIBI: 855-692-6442

FLORIDA – MEDICAID

- Sitio web: **https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html**
- Teléfono: 877-357-3268

GEORGIA – MEDICAID

- GA HIPP Sitio web: **medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp**
- Teléfono: 678-564-1162, presione 1
- Sitio web de GA CHIPRA: **medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra**
- Teléfono: 678-564-1162, marque 2

ILLINOIS – MEDICAID

- Información sobre la asistencia con las primas de Medicaid de Illinois sitio web para solicitar Medicaid: **https://abe.illinois.gov/**
- Línea directa de HIPP: 217-524-8268
- Correo electrónico de HIPP: **mhfs.boc.hipp@illinois.gov**

INDIANA – MEDICAID

- Programa de pago de primas de seguro médico Todos los demás Medicaid Sitio web: **www.in.gov/medicaid/** | **www.in.gov/fssa/dfr/**
- Administración de Servicios Sociales y Familiares Teléfono: 800-403-0864
- Servicio de atención al cliente: 800-457-4584

IOWA – MEDICAID Y CHIP (HAWKI)

- Sitio web de Medicaid: **https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid**
- Teléfono de Medicaid: 800-338-8366
- Sitio web de Hawki: **https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki**
- Teléfono de Hawki: 800-257-8563
- Sitio web de HIPP: **https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp**
- Teléfono de HIPP: 888-346-9562

KANSAS – MEDICAID

- Sitio web: **https://www.kancare.ks.gov/**
- Teléfono: 800-792-4884
- Teléfono HIPP: 800-967-4660

KENTUCKY – MEDICAID

- Programa Integrado de Pago de Primas de Seguro Médico de Kentucky (KI-HIPP) Sitio web: **https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx**
- Teléfono: 855-459-6328
- Correo electrónico: **KIHIPP.PROGRAM@ky.gov**
- Sitio web de KCHIP: **https://kynect.ky.gov**
- Teléfono: 877-524-4718
- Sitio web de Medicaid de Kentucky: **https://chfs.ky.gov/agencies/dms**

LOUISIANA – MEDICAID

- Sitio web de Medicaid: **https://www.ldh.la.gov/healthy-louisiana**
- Línea de atención al cliente de Medicaid: 888-342-6207
- Correo electrónico de Medicaid: **health@la.gov**
- Sitio web del Programa de Asistencia para Primas de Seguro Médico de Louisiana (LaHIPP): **https://www.ldh.la.gov/lahipp**
- Teléfono de LaHIPP: 877-697-6703
- Correo electrónico de LaHIPP: **La.HIPP@la.gov**
- Fax de LaHIPP: 888-716-9787
- Dirección postal de LaHIPP: 100 Crescent Centre Parkway, Ste. 1000, Tucker, GA 30084

MAINE – MEDICAID

- Sitio web de inscripción: **www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US**
- Teléfono: 800-442-6003/TTY: Maine Relay 711
- Página web de primas de seguros médicos privados: **https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms**
- Teléfono: 800-977-6740/TTY: Maine Relay 711

MASSACHUSETTS – MEDICAID Y CHIP

- Sitio web: **https://www.mass.gov/masshealth/pa**
- Teléfono: 800-862-4840/TTY: 711
- Correo electrónico: **masspremassistance@accenture.com**

MINNESOTA – MEDICAID

- Sitio web: **https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/**
- Teléfono: 800-657-3672

MISSOURI – MEDICAID

- Sitio web: **http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm**
- Teléfono: 573-751-2005

MONTANA – MEDICAID

- Sitio web: **http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP**
- Teléfono: 800-694-3084
- Correo electrónico: **HHSHIPPProgram@mt.gov**

NEBRASKA – MEDICAID

- Sitio web: **http://www.ACCESSNebraska.ne.gov**
- Teléfono: 855-632-7633
- Lincoln: 402-473-7000
- Omaha: 402-595-1178

NEVADA – MEDICAID

- Sitio web de Medicaid: **http://dhcfp.nv.gov**
- Teléfono de Medicaid: 800-992-0900

NEW HAMPSHIRE – MEDICAID

- Sitio web: **https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program**
- Teléfono: 603-271-5218
- Teléfono gratuito para el programa HIPP: 800-852-3345, ext. 15218
- Correo electrónico: **DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov**

NUEVA JERSEY – MEDICAID Y CHIP

- Sitio web de Medicaid: **https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/individuals-families/familycare/**
- Teléfono: 800-356-1561
- Asistencia para las primas de CHIP Teléfono: 609-631-2392
- Sitio web de CHIP: **http://www.njfamilycare.org/ index.html**
- Teléfono de CHIP: 800-701-0710/TTY: 711

NUEVA YORK – MEDICAID

- Sitio web: **https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/**
- Teléfono: 800-541-2831

CAROLINA DEL NORTE – MEDICAID

- Sitio web: **https://medicaid.ncdhhs.gov/**
- Teléfono: 919-855-4100

DAKOTA DEL NORTE - MEDICAID

- Sitio web: **https://www.hhs.nd.gov/healthcare**
- Teléfono: 844-854-4825

OKLAHOMA – MEDICAID Y CHIP

- Sitio web: **http://www.insureoklahoma.org**
- Teléfono: 888-365-3742

OREGÓN – MEDICAID Y CHIP

- Sitio web: **http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx**
- Teléfono: 800-699-9075

PENSILVANIA – MEDICAID Y CHIP

- Sitio web: **https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html**
- Teléfono: 800-692-7462
- Sitio web de CHIP: **https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx**
- Teléfono de CHIP: 800-986-KIDS (5437)

RHODE ISLAND – MEDICAID Y CHIP

- Sitio web: **http://www.eohhs.ri.gov/**
- Teléfono: 855-697-4347 o 401-462-0311 (línea directa RIte Share)

CAROLINA DEL SUR – MEDICAID

- Sitio web: **https://www.scdhhs.gov**
- Teléfono: 888-549-0820

DAKOTA DEL SUR – MEDICAID

- Sitio web: **http://dss.sd.gov/**
- Teléfono: 888-828-0059

TEXAS – MEDICAID

- Sitio web: **https://www.hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program**
- Teléfono: 800-440-0493

UTAH – MEDICAID Y CHIP

- Asociación de Primas para Seguros Médicos de Utah (UPP) Sitio web: **https://medicaid.utah.gov/upp/**
- Correo electrónico: **upp@utah.gov**
- Teléfono: 888-222-2542
- Sitio web de Adult Expansion: **https://medicaid.utah.gov/expansion/**
- Sitio web del programa de compra de Medicaid de Utah: **https://medicaid.utah.gov/buyout-program/**
- Sitio web de CHIP: **https://chip.utah.gov/**

VERMONT – MEDICAID

- Sitio web: **https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program**
- Teléfono: 800-250-8427

VIRGINIA – MEDICAID Y CHIP

- Sitio web: **https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select** | **https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs**
- Teléfono de Medicaid/CHIP: 800-432-5924

WASHINGTON – MEDICAID

- Sitio web: **https://www.hca.wa.gov/**
- Teléfono: 800-562-3022

VIRGINIA OCCIDENTAL – MEDICAID Y CHIP

- Sitio web: **https://dhhr.wv.gov/bms/** | **http://mywvhipp.com/**
- Teléfono de Medicaid: 304-558-1700
- Teléfono gratuito de CHIP: 855-MyWVHIPP (855-699-8447)

WISCONSIN – MEDICAID Y CHIP

- Sitio web: **https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm**
- Teléfono: 800-362-3002

WYOMING – MEDICAID

- Sitio web: **https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/**
- Teléfono: 800-251-1269

Para saber si algún otro estado ha añadido un programa de ayuda para el pago de primas desde el 31 de julio de 2026, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, puede ponerse en contacto con:

Departamento de Trabajo de los Estados Unidos
Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa
866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
877-267-2323, opción 4 del menú, ext. 61565

AVISO IMPORTANTE DE PCC SOBRE LA COBERTURA ACREDITABLE DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y MEDICARE

Se espera que los planes médicos de Cigna y los planes médicos Kaiser Permanente de PCC paguen, en promedio, al menos lo mismo que pagará la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare en 2027. Esto se conoce como "cobertura acreditable"

Por qué es importante. Si usted o sus dependientes cubiertos están inscritos en cualquier cobertura de medicamentos recetados durante el año del plan 2027 que se indica en este aviso y están o pasan a estar cubiertos por Medicare, puede decidir inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare más adelante y no estar sujeto a una multa por inscripción tardía, siempre y cuando haya tenido una cobertura acreditable dentro de los 63 días posteriores a su inscripción en el plan de medicamentos recetados de Medicare. Debe guardar este aviso junto con sus documentos importantes.

Si usted o sus familiares no están actualmente cubiertos por Medicare y no lo estarán en los próximos 12 meses, este aviso no se aplica a usted.

Lea atentamente el siguiente aviso. Contiene información sobre la cobertura de medicamentos recetados con PCC y la cobertura de medicamentos recetados disponible para las personas con Medicare. También le indica dónde encontrar más información que le ayudará a tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE

Es posible que haya oído hablar de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (denominada Parte D) y se haya preguntado cómo le afectaría. La cobertura de medicamentos recetados está disponible para todas las personas con Medicare a través de los planes de medicamentos recetados de Medicare. Todos los planes de medicamentos recetados de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también ofrecen más cobertura por una prima mensual más alta.

Las personas pueden inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare cuando reúnen los requisitos por primera vez y cada año, desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Las personas que dejen la cobertura de su empleador o sindicato pueden tener derecho a un período de inscripción especial en Medicare.

Si está cubierto por la cobertura de medicamentos recetados que ofrece uno de los planes médicos de PCC, le interesará saber que, en promedio, la cobertura es al menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare para 2027. Esto se denomina “cobertura acreditable” La cobertura de uno de estos planes le ayudará a evitar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si es o pasa a ser elegible para Medicare y más tarde decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare y es un empleado activo o familiar de un empleado activo, también puede continuar con la cobertura de su empleador. En este caso, el plan del empleador seguirá pagando como principal o secundario, tal como lo hacía antes de que usted se inscribiera en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Si renuncia o abandona la cobertura a través de PCC, Medicare será su único pagador. Puede volver a inscribirse en el plan del empleador en la inscripción anual o si tiene un evento de inscripción especial para el plan PCC, siempre que siga siendo elegible.

Debe saber que si renuncia o abandona la cobertura con PCC y pasa 63 días o más sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados (una vez que finalice su período de inscripción aplicable en Medicare), su prima mensual de la Parte D aumentará al menos un 1% por cada mes que no haya tenido una cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 19 meses sin cobertura, la prima de su plan de medicamentos recetados de Medicare siempre será al menos un 19% más alta que la que pagan la mayoría de las demás personas. Tendrá que pagar esta prima más alta mientras tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse en la Parte D.

Es posible que reciba este aviso en otras ocasiones en el futuro, como antes del próximo período en el que pueda inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, si esta cobertura cambia o si usted lo solicita.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE SUS OPCIONES EN LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE

En el manual Medicare & You encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Los participantes de Medicare recibirán una copia del manual por correo cada año de parte de Medicare. También es posible que los planes de medicamentos recetados de Medicare se pongan en contacto con usted directamente. A continuación, le indicamos cómo obtener más información sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare:

Visite **www.medicare.gov** para obtener ayuda personalizada.

Comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos; encuentre los números de contacto de su estado en línea en **www.shiptacenter.org**.

Llame al 800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden obtener ayuda adicional para pagar un plan de medicamentos recetados de Medicare. Puede obtener información sobre esta ayuda adicional en la Administración del Seguro Social (SSA).

Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web de la SSA en **www.socialsecurity.gov** o llame al 800-772-1213 (TTY 800-325-0778).

> Recuerde: guarde este aviso. Si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare después de que finalice su período de inscripción aplicable en Medicare, es posible que deba proporcionar una copia de este aviso cuando se inscriba en un plan de la Parte D para demostrar que no está obligado a pagar una prima más alta de la Parte D.

Para obtener más información sobre su cobertura de medicamentos recetados, comuníquese con el Departamento de Beneficios de PCC.

LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO (HIPAA)

Las normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) exigen que PCC envíe periódicamente un recordatorio a los participantes sobre la disponibilidad del Aviso de privacidad del plan y cómo obtenerlo. El Aviso de privacidad explica los derechos de los participantes y las obligaciones legales del plan con respecto a la información médica protegida (PHI) y cómo el plan puede utilizar y divulgar la PHI.

Para obtener una copia del Aviso de privacidad, póngase en contacto con el Departamento de Beneficios de PCC.

DIVULGACIÓN DEL MODELO DE PROTECCIÓN AL PACIENTE

Kaiser Permanente generalmente permite la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarle a usted o a sus familiares. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con Kaiser Permanente al 503-813-2000 o al 800-813-2000.

En el caso de los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

No necesita autorización previa de Kaiser Permanente ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de la salud deba cumplir con ciertos procedimientos, como obtener autorización previa para ciertos servicios y seguir un plan de tratamiento preaprobado, o procedimientos para realizar derivaciones. Para obtener una lista de los profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con Kaiser Permanente al 503-813-2000 o al 800-813-2000.

NOTES

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Puede obtener información sobre los planes de beneficios de PCC llamando al centro de atención telefónica de beneficios al **855-874-3489**. Sin embargo, puede utilizar esta tabla si necesita ponerse en contacto directamente con un proveedor de beneficios.

BENEFICIOS	ADMINISTRADOR	NÚMERO DE GRUPO	TELÉFONO	SITIO WEB
Servicios médicos y recetas	Cigna	3341287	855-881-7925	**mycigna.com**
	Kaiser	Sur de CA: 234638 Norte de CA: 606489 NW: 22931	CA: 800-464-4000 OR/WA: 800-813-2000	**kp.org**
Dental	Delta Dental	10002974	800-452-1058	**modahealth.com**
	Kaiser Dental	22932	800-813-2000	**kp.org**
Visión	Cigna (con servicios proporcionados por EyeMed)	3341287	888-353-2653	**mycigna.com**
Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	Fidelity	09511	800-835-5095	**netbenefits.com**
Cuentas de gastos flexibles (FSA) FSA de salud, FSA de propósito limitado, FSA de cuidado de dependientes	WEX	N/A	866-451-3399	**benefitslogin.wexhealth.com**
Seguro médico complementario Enfermedades graves Accidentes Indemnización hospitalaria	Cigna	Enfermedad grave: CI960346 Accidente: AI960334 Indemnización hospitalaria: HC960546	800-351-9214	**mycigna.com**
Seguro de discapacidad, seguro de vida y AD&D	New York Life	STD: SHD961858 LTD: FLK960496 Seguro de vida temporal pagado por el empleador: FLX963664 Seguro de vida temporal pagado por el empleado: FLX963664 Seguro por AD&D pagado por el empleador: OK965292 Seguro por AD&D pagado por el empleado: OK965292	888-842-4462	**mynylgbs.com**
Plan de asistencia al empleado	New York Life	N/A	800-344-9752	**guidanceresources.com** (ID web: NYLGBS)
Plan 401(k)	Fidelity	81447	800-835-5095	**401k.com**
Servicios de conserjería de Medicare	SmartConnect	N/A	877-374-2705	**gps.smartmatch.com/mercer**
Seguro para mascotas	Nationwide	N/A	855-525-1458	**partnersolutions.nationwide.com/pet/pccstructurals**
Prevención de la diabetes	Omada Health	N/A	888-409-8687	**omadahealth.com/pccstructurals**
Fisioterapia virtual	Hinge Health	N/A	855-902-2777	**hello@hingehealth.com**
Centro comercial con descuentos en línea	PerkSpot	N/A	866-606-6057	**pccstructurals.perkspot.com**