

2026-27 Guía de Benéficos



Tu Bienestar: Nuestra Prioridad

CONTENIDO

Empezando

- 4 ¿Es usted elegible para beneficios?
- 5 Cambios en sus beneficios
- 6 Inscripción en los beneficios
- 7 MyBenefits.Life®

Médico, Dental y Visión

- 9 ¿Qué plan es adecuado para usted?
- 10 Médico
- 11 HSA: cuenta de ahorros para la salud
- 12 Dental
- 13 Visión

Seguro de vida y por discapacidad

- 15 Seguro de vida y por AD&D
- 15 Seguro Voluntarios de Vida y AD&D
- 16 Discapacidad a corto plazo
- 16 Discapacidad a largo plazo
- 17 Programa de asistencia al empleado

Seguro Voluntarios

- 19 Planes Voluntarios de Salud
- 20 Beneficios de Transporte al Trabajo

Información importante del plan

- 22 Sus costos de beneficios
- 26 Contactos del plan
- 27 Glosario
- 29 Avisos y documentos del plan
- 32 Determinando la elegibilidad

Esta guía es una descripción general y no proporciona una descripción completa de todas las disposiciones de beneficios. Para obtener información más detallada, consulte los folletos de beneficios de su plan o las descripciones resumidas del plan (SPD). Los folletos de beneficios del plan determinan cómo se pagan todos los beneficios.



Empezando

2026-27 Beneficios

Efectivo el 1 de Julio de 2026 al 30 de Junio de 2027

Medicare Parte D

Si usted (y/o sus dependientes) tiene Medicare o será elegible para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le brinda más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Por favor, consulte los [avisos anuales](#) para más detalles.

Sin importar dónde se encuentre en su carrera, Pentagon Technologies le apoya a usted con los programas de beneficios y los recursos para ayudarle a prosperar hoy y a prepararse para el futuro.

Esta guía proporciona una descripción general de su cobertura de atención médica, así como de la vida, la discapacidad, la jubilación y los beneficios adicionales.

Usted encontrará los consejos que le ayudarán a entender su cobertura médica, a ahorrar tiempo y dinero en la atención médica, a reducir los impuestos y a mantener en equilibrio su trabajo y su vida familiar. Revise lo que está disponible para aprovechar al máximo su paquete de beneficios.

¿Es usted elegible para beneficios?



Notificación de socio doméstico

Tenga en cuenta que la cobertura para socios domésticos puede diferir de la cobertura para cónyuges cuando la elegibilidad para Medicare es un factor.

Medicare es el pagador principal para las parejas de hecho con cobertura de plan de salud colectivo de empresa grande si una socio doméstico puede obtener Medicare debido a su edad y tiene cobertura de plan de salud colectivo a través de la empresa actual de su pareja.

Empleados

Usted es elegible si es un empleado de tiempo completo que trabaja 30 o más horas por semana.

Los empleados con horarios variables y horarios estacionales pueden ser considerados elegibles para recibir beneficios. Consulte "Determinación de la elegibilidad" más adelante en esta guía para obtener más detalles.

Sus dependientes elegibles

- Su conyugue casado legalmente o socio doméstico
- Hijos biológicos, adoptados o hijastros hasta los 26 años
- Hijos de más de 26 años que tengan alguna discapacidad y que dependen principalmente de usted
- Niños a los que les haya sido asignada una orden de apoyo médico calificado infantil (QMCSO, por sus siglas en inglés)

Para obtener información adicional, consulte los folletos de beneficios de cada beneficio.

La cobertura para los nuevos empleados de tiempo completo y son salariado comienza el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación, siempre que se inscriban dentro de los 30 días posteriores a la fecha de elegibilidad. Los empleados de tiempo completo y son de hora tienen derecho a los beneficios el primer día del mes siguiente a los 30 días de empleo. Los empleados recontractados dentro del año posterior a la terminación del contrato tienen derecho el primer día del mes siguiente a la fecha de recontractación. Los empleados actuales pueden inscribirse durante el período anual de inscripción abierta.

Si no cumple con la fecha límite de inscripción, deberá esperar hasta la próxima inscripción abierta o un evento de vida calificado; consulte la página siguiente para obtener más información.

Cambios en sus beneficios

Haga clic para reproducir el video



La vida pasa

Un cambio en su vida puede permitirle actualizar sus opciones de beneficios. Mire el video para ver rápidamente sus opciones.

Fuera de la inscripción abierta, puede agregar o eliminar a sus dependientes si hay un gran cambio en su vida, que incluye:

- Cambios en el estado civil
- Cambios en el número de dependientes o estado de elegibilidad de dependientes
- Cambio en el estado laboral que afecta la elegibilidad para usted, su cónyuge o hijos dependientes
- Cambios de residencia que afecta el acceso a los proveedores de la red
- Cambios en su cobertura de salud o la cobertura de su cónyuge debido al empleo de su cónyuge
- El cambio en su elegibilidad o la de un dependiente para Medicare o Medicaid
- Orden judicial que requiere cobertura para su hijo
- Un evento de “inscripción especial” bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés), incluyendo adquirir un nuevo dependiente por medio del matrimonio, nacimiento o adopción, o por la pérdida de cobertura bajo otro plan de seguros de salud
- Un evento que esté permitido bajo la Ley de Reautorización del Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés)—tiene 60 días para solicitar la inscripción después de que usted o su dependiente haya perdido la elegibilidad a Medicaid, o usted o su dependiente sean elegible para participar en un programa de asistencia de bajo recursos de Medicaid o CHIP

Usted debe enviar cualquier cambio dentro de 30 días después del evento de vida calificado. Comuníquese con [Recursos Humanos](#) para cualquier pregunta relacionada con la inscripción.

Inscripción en los beneficios



¡Escanea el código QR a continuación para acceder a Paycom móvil!

Paycom

Paycom es un sistema de inscripción en línea. Si no tiene acceso a una computadora, puede acceder Paycom desde una tableta o un teléfono inteligente, o inscribirse mediante formulario consolidado.

Antes de inscribirse

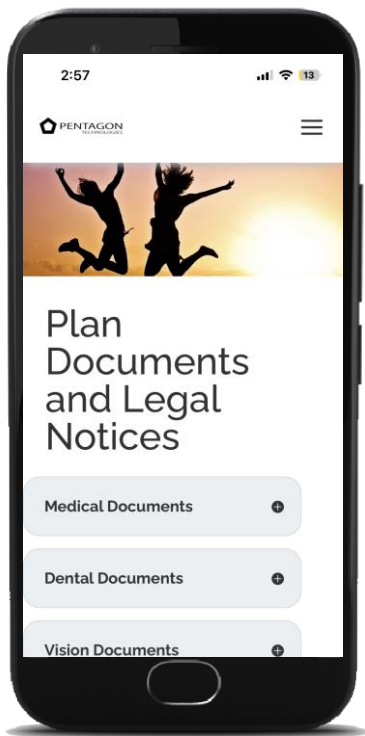
- Obtenga la fecha de nacimiento, el Número de Seguridad Social (SSN) y la dirección de cada uno de los dependientes y/o beneficiarios que desea incluir.
- Revise cuidadosamente la información en este resumen de beneficios y otros materiales de inscripción.

Comenzar

- **Inicie sesión** en Paycom:
paycomonline.net/v4/ee/web.php/app/login
Nombre de usuario: su último nombre de usuario y contraseña guardados o, si es la primera vez que inicia sesión, el nombre de usuario predeterminado es su dirección de correo electrónico personal.
Contraseña: su última contraseña guardada.
Si necesita ayuda para acceder al sistema Paycom, comuníquese con Recursos Humanos en humanresources@pen-tec.com



Una manera sencilla de aprender sobre sus beneficios



PentagonTechnologies.
mybenefits.life

MyBenefits.Life® le brinda toda la información sobre sus beneficios en un solo lugar

Usted puede hacer casi cualquier cosa en línea en estos días. ¿Por qué debería ser diferente el acceso a la información de sus beneficios? MyBenefits.Life® es un sitio web que le brinda acceso a la información de beneficios que necesita, cuando la necesita.

Esto es lo que encontrará en MyBenefits.Life®

- Beneficios** Vea los detalles de los beneficios y los costos de todos los planes para los que usted es elegible.
- Inscripción** ¿Es momento de inscribirse? Obtenga el enlace aquí.
- Documentos** Lea los avisos importantes del plan de beneficios ("la letra pequeña").
- Contactos** Encuentre los contactos de Recursos Humanos, beneficios y la aseguradora.
- Ayuda** ¿Necesita ayuda? Consiga recursos útiles.

¡Escanea el código QR para verlo!





Atención Médica

Dedique tiempo a su salud

Nuestro compromiso

Creemos que nuestros empleados deben tener acceso a una cobertura de atención médica que promueva la atención preventiva y ayude a cubrir el costo de una enfermedad.

Los empleados elegibles y sus dependientes elegibles pueden inscribirse en la cobertura médica, dental y de la vista a través del programa de beneficios de Pentagon Technologies.

Plan médico

Ofrecemos 3 planes médicos para que usted pueda elegir el que mejor se adapta a sus problemas de salud y su presupuesto.

Plan dental

Los chequeos y las limpiezas regulares están totalmente cubiertos. Si usted necesita más atención, el seguro ayuda a cubrir los empastes, la enfermedad de las encías, la ortodoncia y mucho más.

Plan para la vista

Nuestro plan para la vista ayuda a cubrir el costo de exámenes de la vista, anteojos y lentes de contacto para garantizar que vea y se sienta mejor.

¿Qué plan es adecuado para usted?



Tipos de planes

- **PPO:** organización de proveedores preferidos
- **HDHP:** plan de salud de deducible alto

Considere una PPO si:

- Desea poder consultar a cualquier proveedor, incluso un especialista, sin un referido.
- Usted quiere una cobertura para los proveedores fuera de la red (a un costo más alto).

Planes que debe considerar

- UHC Base PPO Plan
- UHC Buy Up PPO Plan

Considere una HDHP si:

- Desea poder consultar a cualquier proveedor, incluso un especialista, sin un referido.
- Usted quiere una cobertura para los proveedores fuera de la red (a un costo más alto).
- Desea ahorros libres de impuestos en sus costos de atención médica
- Desea crear una cuenta de ahorros para los costos de atención médica futuros para usted y los miembros de su familia elegibles
- Desea una forma adicional de sumar a sus ahorros para la jubilación.

Planes que debe considerar

- UHC HSA HDHP

Cobertura Medica / Medicamentos

Esta tabla compara la cobertura médica dentro de la red que ofrece cada uno de nuestros planes. Cada plan tiene un deducible anual (del 1 de Enero al 31 de Diciembre). Este deducible es el monto que debe pagar antes de que el seguro tome efecto por los servicios indicados "después del deducible".

Solo es responsable de pagar hasta el máximo de gastos de bolsillo. Una vez que pague esta cantidad por su atención médica, el seguro cubrirá todos los servicios cubiertos durante el resto del año calendario. Después del deducible, usted paga un copago (\$), que es una cantidad fija en dólares por un servicio específico, o un coseguro (%), que es un porcentaje del total de la factura médica.

	UHC HSA HDHP	UHC Base PPO Plan	UHC Buy Up PPO Plan
Deducible (Año Calendario)	\$1,700 individual hasta \$3,400 familiar. El deducible familiar se puede alcanzar con los gastos de un solo miembro o una combinación de los gastos de varios miembros.	\$2,000 individual hasta \$4,000 familiar	\$500 individual hasta \$1,000 familiar
Desembolso Máximo (Año Calendario)	\$3,000 individual hasta \$6,000 familiar	\$5,000 individual hasta \$10,000 familiar	\$2,500 individual hasta \$5,000 familiar
Visita al PCP	10% después del deducible	\$30 de copago	\$15 de copago
Visita al Especialista	10% después del deducible	\$60 de copago	\$30 de copago
Examen Preventivo	Sin Costo	Sin Costo	Sin Costo
Laboratorio y Radiografías	10% después del deducible	20% hasta 50% después del deducible	Sin costo hasta 20% después del deducible
Imágenes complejas	10% después del deducible	20% hasta 50% después del deducible	20% después del deducible
Cuidados Urgentes	10% después del deducible	\$50 de copago	\$50 de copago
Sala de Emergencias	10% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
Cirugía Ambulatoria	10% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
Hospitalización	10% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
MEDICAMENTOS			
Genéricos	\$10 de copago después del deducible	\$5 de copago	\$5 de copago
Medicamentos de Marca Preferidos	\$35 de copago después del deducible	\$30 de copago	\$30 de copago
Medicamentos de Marca No Preferidos	\$70 de copago después del deducible	\$65 de copago	\$65 de copago
Especializados	\$10/\$150/\$250 después del deducible	\$5/\$150/\$250 de copago	\$5/\$150/\$250 de copago



Conéctate

Escanea este código para descargar la app de UHC o visita myuhc.com.

HSA: cuenta de ahorros para la salud

Haga clic para reproducir el videos



¿Es elegible?

La HSA no es para todos. Usted es elegible solo si cumple con lo siguiente:

- Está inscrito en UHC HSA HDHP.
- No está inscrito en otra cobertura médica que no sea HDHP, incluidos Medicare, Medicaid o Tricare.
- No es un dependiente a efectos fiscales.
- No está inscrito en una cuenta flexible de gastos (FSA) para la salud, a menos que sea una FSA de “propósito limitado” para gastos dentales y de la visión.

Una cuenta de ahorros personal para la atención médica

Una cuenta de ahorros para la salud (HSA) es una forma sencilla de pagar sus gastos de atención médica hoy y en el futuro.

Cómo funciona la Cuenta de Ahorros (HSA)

- Cuando se inscribe en el Plan Médico UHC HSA HDHP, puede abrir una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) con Sterling Administration.
- Una vez que decida realizar aportaciones a una HSA, recibirá un mensaje de bienvenida de Customer.Service@SterlingAdministration.com con instrucciones sobre cómo iniciar sesión, completar su inscripción y aceptar los términos y condiciones. Las cuentas bancarias son individuales a través de Sterling Administration.
- Puede contribuir hasta el límite establecido por el Servicio de Impuestos Internos (IRS).
 - Individual:** \$4,400 por año
 - Familia:** \$8,750 por año
 - Tiene 55 años o más:** \$1,000 adicionales por año
- Puede usar su tarjeta de débito HSA para pagar gastos elegibles como visitas al consultorio, análisis de laboratorio, medicamentos, servicios dentales y de la vista, incluso algunos artículos de farmacia.

Tres razones para enamorarse de una HSA

- 1. Libre de impuestos.** No hay impuestos federales sobre contribuciones. Los retiros también son libres de impuestos, siempre y cuando sean para gastos de atención médica elegibles.
- 2. Sin cláusula “úsela o piérdala.”** Su saldo se trasfiere de año a año. Usted es propietario de la cuenta y puede continuar usándola incluso si cambia de plan médico o abandona Pentagon.
- 3. Aumenta el ahorro para la jubilación.** Después de jubilarse, puede usar su HSA para gastos de atención médica sin impuestos. También, usted puede usarla para los gastos diarios regulares, que serán imponibles, pero sin penalidades.

Cobertura Dental

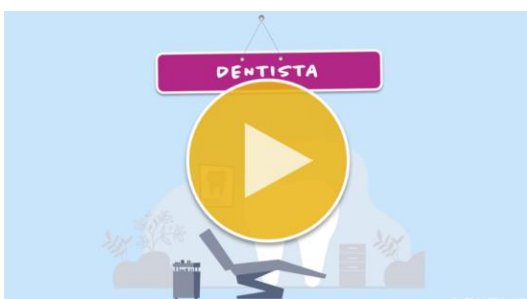
Esta tabla compara la cobertura dental dentro y fuera de la red. El deducible se aplica a los servicios básicos y mayores. Esta es la cantidad que debe pagar antes de que el seguro entre en vigencia por los servicios indicados "después del deducible".

	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Deducible	Individual: \$50 Familia: \$150	Individual: \$50 Familia: \$150
Máximo de plan anual		\$1,500
Período de espera		No Aplica
Servicios Dentales		
Diagnóstico y Prevención	Sin Costo	Sin Costo
Básicos	10% después del deducible	10% después del deducible
Mayores	40% después del deducible	40% después del deducible
Endodoncia	10% después del deducible	10% después del deducible
Periodoncia	10% después del deducible	10% después del deducible
Implantes	40% después del deducible	40% después del deducible
Ortodoncia		
Cubierto para		Adultos y Hijos
Cobertura		50% deducible no se aplica
Máximo de por vida		\$1,500 por persona por vida

¿Por qué contratar un seguro dental?

Cepillarse los dientes y usar hilo dental es excelente, pero los chequeos regulares detectan los problemas dentales a tiempo. Si surge algún problema, nuestro plan dental facilita y abarata la atención que necesita para mantener su sonrisa.

Haga clic para reproducir el video



- Aproveche sus beneficios en myuhc.com o descargue la aplicación de UnitedHealthcare (UHC).
- Busque un dentista o clínica dentro de la red
- Acceda a su tarjeta de identificación digital del plan dental
- Estime el costo de la atención dental
- Vea sus reclamaciones y más

Cobertura de Visión

A continuación se muestra un resumen de los beneficios de nuestro plan de visión dentro y fuera de la red.

	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Exámenes		
Cobertura	\$25 de copago	Reembolso hasta \$45
Frecuencia	Una vez cada 12 meses	
Materiales		
Cobertura	\$25 de copago (combinado con el examen)	
Monturas		
Cobertura	\$200 de asignación \$220 de asignación en marcas destacadas 20% de descuento en la cantidad que exceda la asignación	Reembolso hasta \$70
Frecuencia	Una vez cada 24 meses	
Lentes		
Monofocales	Sin costo después del copago de materiales	Reembolso hasta \$30
Bifocales	Sin costo después del copago de materiales	Reembolso hasta \$50
Trifocales	Sin costo después del copago de materiales	Reembolso hasta \$65
Frecuencia	Una vez cada 12 meses	
Lentes de Contacto		
Electivas	\$130 de asignación	Reembolso hasta \$105
Adaptación y seguimiento	Reembolso hasta \$60	No Aplica
Otros Servicios		
Corrección de la visión con láser	Promedio de 15% de descuento sobre el precio regular; descuento disponible en instalaciones contratadas.	No Aplica
Extras exclusivos para miembros de VSP	Ahorre hasta un 60% en audífonos digitales con TruHearing.	No Aplica
	Visite vsp.com/offers	

¿Por qué contratar un seguro de visión?

Incluso si tiene una visión perfecta, un examen ocular anual revisa la salud de sus ojos y puede detectar otros problemas de salud. Si necesita anteojos o lentes de contacto, el seguro de visión le ayuda con el costo.

Visite el sitio web del plan para obtener ahorros adicionales en servicios como LASIK.

Haga clic para reproducir el video



Elija entre una amplia red de médicos que incluye consultorios privados y establecimientos comerciales. Inicie sesión en vsp.com para encontrar un médico dentro de la red.



Seguro de Vida y por Discapacidad

Designa a tus Beneficiarios

Si sucede lo peor, su beneficiario, es decir, la persona (o personas) registrada en los archivos de la compañía de seguros de vida, recibirá el beneficio. Asegúrese de nombrar al menos un beneficiario para su beneficio de seguro de vida y cambie su beneficiario según sea necesario si su situación cambia.

¿Su familia está protegida?

Los seguros de vida y por AD&D y discapacidad pueden cubrir las brechas financieras debidas a una pérdida de ingresos. Considere sus gastos diarios y las facturas durante un embarazo o un permiso por incapacidad relacionado con una enfermedad, o cómo manejaría los gastos grandes (de la vivienda, la educación, los préstamos, las tarjetas de crédito, etc.) después del fallecimiento de su cónyuge o su pareja.

Si usted necesita más

Además de la cobertura proporcionada por Pentagon, nosotros ofrecemos una cobertura voluntaria que usted puede comprar para usted, su cónyuge y sus hijos. Consulte la sección de los Planes Voluntarios para obtener más detalles.

Seguro de Vida y por AD&D

Nota sobre impuestos

La cobertura de seguro de vida proporcionada por la compañía que supere los \$50,000 se considera un beneficio gravable. El valor del beneficio superior a \$50,000 se declarará ingreso gravable en su formulario W-2 anual.



¿En qué consiste la emisión garantizada?

Si selecciona cobertura por encima de un determinado límite (la “emisión garantizada”) o después de su elegibilidad inicial, deberá proporcionar información adicional sobre su estado de salud para calificar para la cantidad de cobertura solicitada.

Evidencia de Asegurabilidad (EOI)

Si elige un monto que excede la cantidad garantizada para el Seguro Voluntario de Vida y por AD&D, deberá completar la Evidencia de Asegurabilidad (EOI). El formulario puede completarse mediante un PDF rellenable y Adobe Sign. Haga clic en el enlace para empleado [Group UHC EOI](#) o para su cónyuge [Group UHC EOI](#).

1. Aparecerá una ventana solicitando su nombre, apellido y dirección de correo electrónico. Ingrese la información requerida y seleccione "Access Form" (Acceder al formulario). Aparecerá una notificación de confirmación.
2. Revise su correo electrónico para encontrar un mensaje que contiene el enlace al formulario; luego, haga clic en "Review and Sign" (Revisar y firmar).
3. Para comenzar, revise y acepte los Términos de uso y la Política de privacidad de Adobe (cuyos enlaces se encuentran en la parte inferior de la página) y haga clic en "Continue" (Continuar).
4. Haga clic en "Start" (Iniciar) para comenzar la EOI. Será dirigido a la página siguiente para ingresar su información.
5. Los campos obligatorios están marcados con un asterisco naranja (*). Todos los campos obligatorios deben completarse antes de que pueda firmar. En la esquina superior derecha de la pantalla se indicará cuántos campos obligatorios quedan pendientes.
6. Si necesita terminar más tarde, regrese al correo electrónico original y haga clic "Review and Sign" para acceder nuevamente al formulario.
7. Después de completar la EOI, se le solicitará que firme electrónicamente. Haga clic en el cuadro de firma situado en la parte inferior de la página de autorización.
8. Una vez enviado, recibirá un correo electrónico de “Optum eSignature” con un enlace a su formulario de EOI completado. También se enviará automáticamente una copia al departamento de EOI para su revisión.

Seguro de Vida y por AD&D Básico

El seguro de vida básico le paga a su beneficiario una suma global si usted fallece. La cobertura por AD&D (muerte y desmembramiento accidentales) le brinda un beneficio si sufre pérdida de una extremidad, el habla, la vista o la audición, o a su beneficiario si sufre un accidente fatal. Pentagon paga el costo de la cobertura en su totalidad.

Empleado 100% del salario anual, hasta \$300,000.

Reducción de Beneficios: El monto de su cobertura de vida/AD&D como empleado se reducirá en un 35 % cuando cumpla 65 años, un 25 % adicional del monto cuando cumpla 70 años y un 15 % adicional del monto cuando cumpla 75 años. Los beneficios finalizan cuando se jubila.

Seguro Voluntario de Vida y por AD&D

El seguro de vida voluntario y AD&D le permite comprar un seguro de vida adicional para proteger la seguridad financiera de su familia. Hay cobertura disponible para su cónyuge y/o hijos si compra cobertura para usted mismo.

Empleado Incrementos de \$10,000 hasta el menor de 5 veces el salario anual o \$500,000. Cantidad garantizada de \$250,000.

Cónyuge Incrementos de \$5,000, hasta \$100,000 sin exceder el 50% del monto del empleado. Cantidad garantizada de \$50,000.

Hijos Nacimiento con vida hasta los 26 años: \$10,000

Seguro de Discapacidad

Esperar lo inesperado

La mayoría de las personas subestiman la probabilidad de resultar discapacitadas en algún momento de su vida. El seguro de discapacidad reemplaza parte de sus ingresos mientras usted no pueda trabajar, por lo que tendrá una continuidad en su ingreso para costear los gastos de la vida diaria.



Datos que debe saber sobre el seguro de incapacidad a largo plazo

- Puede protegerlo de tener que aprovechar sus ahorros para la jubilación.
- Puede utilizar los pagos como necesite, para vivienda, comida, facturas médicas, etc.
- Los beneficios pueden durar mucho tiempo, desde semanas hasta años pares, si sigue siendo elegible.

Benéficos de la Discapacidad a Corto Plazo

Para los empleados que residen fuera de California, el seguro por discapacidad a corto plazo (STD) reemplaza parte de sus ingresos por problemas de duración limitada, como:

- Problemas durante el embarazo y recuperación del parto
- Enfermedad o lesión prolongada
- Cirugía y tiempo de recuperación

Pentagon paga el costo de esta cobertura.

Benéficos

Cantidad	55% de salario, hasta un máximo semanal de \$602
Comienzan	después de 7 días de una enfermedad lesión, cirugía o parto
Duración	12 semanas

Benéficos de la Discapacidad a Largo Plazo

El seguro de discapacidad a largo plazo reemplaza parte de sus ingresos por cuestiones a largo plazo, como:

- Enfermedades debilitantes (cáncer, enfermedades cardíacas, etc.)
- Lesiones serias (accidentes, etc.)
- Infartos, derrames, etc.
- Desórdenes mentales

Si usted califica, los beneficios a largo plazo por discapacidad comienzan después de que finalizan los beneficios por discapacidad a corto plazo. Los pagos pueden reducirse por los beneficios por discapacidad estatales, federales o privados que reciba mientras está discapacitado.

Pentagon paga el costo de esta cobertura.

Benéficos

Cantidad	60% de los ingresos, hasta un máximo mensual de \$10,000.
Comienzan	después de 90 días de discapacidad
Duración	Hasta la edad normal de jubilación de la Seguridad Social

El Programa de Asistencia al Miembro (MAP/EAP)



Contacta a MAP/EAP

Teléfono: (877) 660-3806

Sitio web: liveandworkwell.com

Contraseña: **FP3EAP**

Ayuda para usted y los miembros de su hogar

Hay momentos en los que todo el mundo necesita un poco de ayuda y recomendaciones. El programa de asistencia al empleado (EAP) puede ayudarle con cosas como el estrés, ansiedad, depresión, trastorno por consumo de sustancias, problemas de relaciones, asuntos legales, preguntas sobre la paternidad, asesoría financiera y recursos de cuidados de dependientes.

Lo mejor de todo es que son gratis y están disponibles para cualquier miembro de su hogar inmediato.

Recursos gratuitos de MAP/EAP

El MAP/EAP está disponible las 24 horas del día para garantizar que obtenga acceso a los recursos que necesita:

- Acceso telefónico gratuito e ilimitado 24/7
- Ayuda en persona para problemas a corto plazo; hasta 3 por incidente, por año
- Ayude a mitigar los posibles síntomas de estrés, ansiedad y depresión: Calm es una aplicación que ofrece técnicas y herramientas de afrontamiento, apoyo comunitario y programas guiados.
- Una consulta legal de 30 minutos: Reúname con un abogado por teléfono o en persona; además, podrá contratar los servicios continuos de un abogado con una tarifa con descuento del 25%.
- Dos consultas financieras de 30 minutos – Analice los impuestos sucesorios y otros asuntos financieros con profesionales financieros acreditados – 2 llamadas por asunto al año.
- Acceso a liveandworkwell.com – Encuentre de manera fácil y segura un proveedor y recursos para el equilibrio entre la vida laboral y personal; conéctese confidencialmente para recibir orientación experta y explore miles de artículos.
- Resolución de fraudes: Hay asistencia disponible para ayudarle a proteger su identidad y brindarle apoyo en caso de que esta sea robada. Los servicios incluyen:
 - Revisión del informe de crédito.
 - Supresión del informe de crédito o congelación/cierre de la cuenta.
 - Asistencia integral para la resolución, que incluye ayuda con la declaración jurada, notificación a las agencias de crédito y a los departamentos de fraudes, ayuda para presentar una denuncia policial y seguimiento con los acreedores.



Seguro Voluntarios

Nuestro Planes

Seguro de Accidentes

Seguro de Enfermedades
Críticas

Seguro de Indemnización
Hospitalaria

Usted es único, y también lo son sus necesidades de beneficios.

Los beneficios voluntarios son coberturas opcionales que le permiten personalizar su paquete de beneficios para adaptarlo a sus necesidades individuales.

Usted cubre el costo total de estos planes, pero las tarifas pueden resultar más asequibles que las de una cobertura individual. Además, cuenta con la comodidad adicional de realizar los pagos mediante deducción de nómina..

Los beneficios voluntarios son precisamente eso: voluntarios. Usted tiene la libertad y la flexibilidad de elegir los beneficios que tengan sentido para usted y su familia. También puede optar por no inscribirse en ningún beneficio voluntario; la decisión es suya.

Planes Voluntarios Relacionados a la Salud



Aspectos a Considerar

Su plan médico ayuda a cubrir el costo de una enfermedad, pero una crisis médica grave o prolongada a menudo implica gastos adicionales y puede afectar su capacidad de recibir un salario completo. Estos planes le brindan recursos para ayudarlo a sobrellevar la situación mientras enfrenta presiones adicionales en sus finanzas.

Seguro Voluntario de Accidentes

El seguro de accidentes de UHC le ayuda a cubrir costos inesperados que pueden acumularse debido a lesiones comunes, como fracturas, dislocaciones, quemaduras, visitas a la sala de emergencias o atención de urgencia, así como terapia física. Si usted o un familiar cubierto sufre un accidente, este plan paga un beneficio global libre de impuestos. La cantidad del beneficio depende del tipo y la gravedad de la lesión y puede utilizarse de la manera que usted elija.

Seguro Voluntario de Enfermedad Crítica

El seguro por enfermedad crítica de UHC puede ayudar a cubrir una necesidad financiera si usted enfrenta una enfermedad grave, como cáncer, ataque cardíaco o derrame cerebral. Tras el diagnóstico de una enfermedad cubierta, se le paga inmediatamente un beneficio global. Puede utilizarlo para ayudar a cubrir gastos médicos, transporte, cuidado infantil, pérdida de ingresos o cualquier otra necesidad después de una enfermedad crítica. Usted elige el monto de cobertura que mejor se ajuste a su salario y puede cubrirse a sí mismo y a sus familiares, si es necesario.

Seguro Voluntario de Indemnización Hospitalaria

Obtenga una capa adicional de protección con el seguro de indemnización hospitalaria de UHC. Cuando usted o un dependiente cubierto es hospitalizado por un evento cubierto, este plan paga un beneficio en efectivo global libre de impuestos. Puede usar el dinero para cualquier necesidad, desde deducibles médicos hasta alimentos y cuidado infantil. Incluso cubre hospitalizaciones por embarazo normal desde el primer día (sin período de espera). Recuerde: este plan complementa, pero no sustituye, su seguro médico principal.

Ahorre en Gastos de Transporte al Trabajo



Puede inscribirse, cancelar o actualizar su aportación en cualquier momento iniciando sesión en el portal de autoservicio para empleados de Paycom y navegando a la sección de Inscripción de Beneficios. Envíe su solicitud en el sistema de Paycom al menos 1 semana antes de la fecha de pago en la que desea que el cambio entre en vigor.

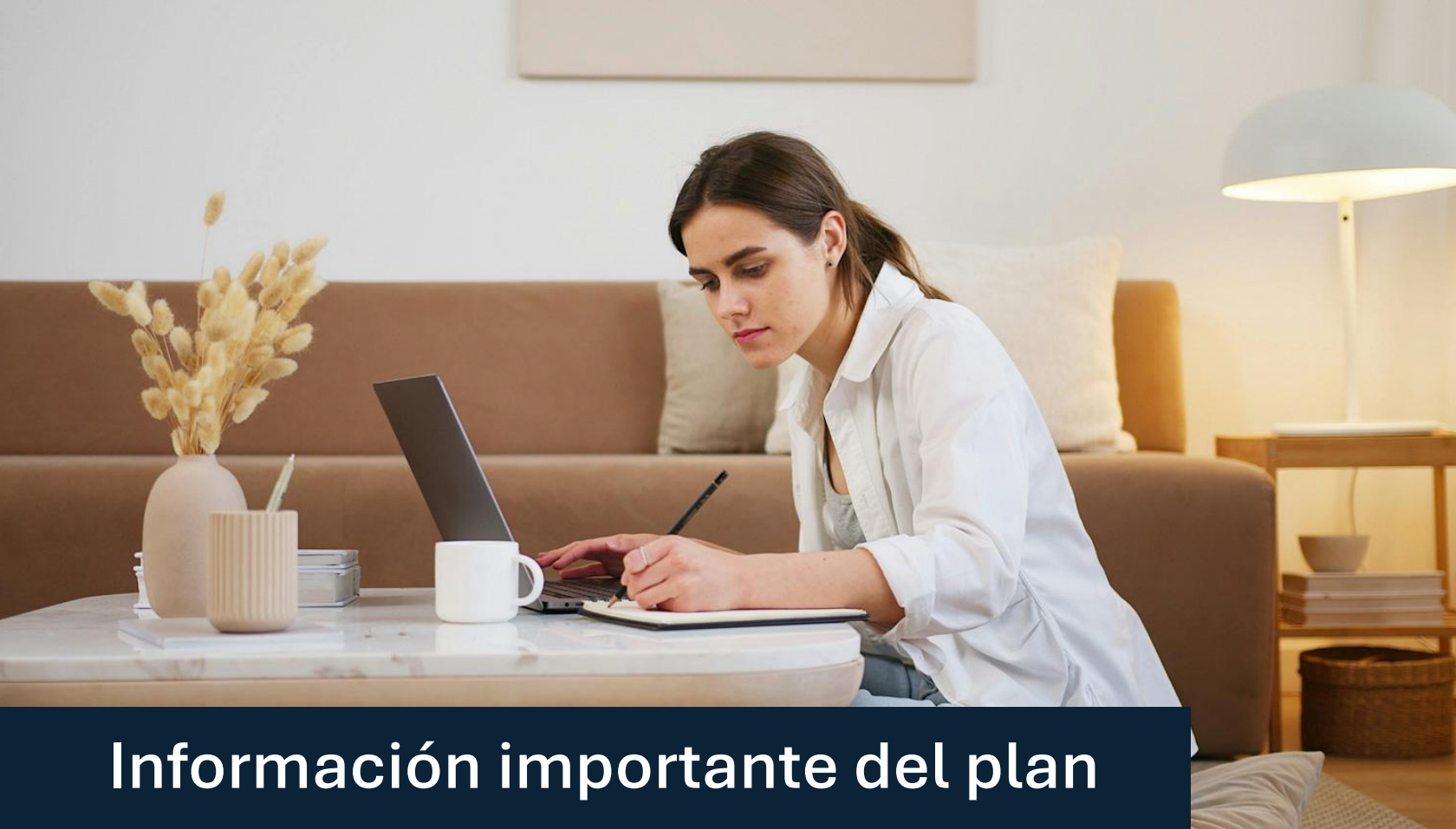
Beneficios de Transporte con Ventajas Fiscales

¿Tiene gastos de transporte de su propio bolsillo para transporte público, viajes compartidos en van o estacionamiento en el lugar de trabajo? Si es así, puede ahorrar en impuestos al inscribirse en nuestra cuenta de beneficios de transporte al trabajo, administrada por Sterling Administration.

Con una cuenta de transporte, puede apartar ingresos antes de impuestos en dos categorías: Transporte y Estacionamiento. La categoría de Transporte incluye gastos elegibles, como el uso de transporte público (tren, metro, autobús, vehículos compartidos para traslado al trabajo y pases de transporte). Al utilizar dinero antes de impuestos para pagar estos gastos, reduce su ingreso sujeto a impuestos, lo que disminuye la cantidad de impuestos que paga.

El IRS establece el límite de cuánto dinero puede aportar cada mes. El límite mensual para 2026 es de \$340 para Transporte y \$340 para Estacionamiento. No existe la regla de “úselo o piérdalo”, y los fondos no utilizados se transfieren al final del año del plan. Los fondos se perderán si deja la empresa.

Si se inscribe por primera vez en un beneficio de transporte, Sterling Administration le enviará por correo una tarjeta de débito para acceder a sus fondos y pagar sus gastos de transporte. Por favor, permita 10 a 14 días hábiles para recibir su tarjeta. También puede descargar la aplicación móvil de Sterling Administration para revisar sus aportaciones, consultar saldos, descargar estados fiscales, cargar recibos de reclamaciones y más.



Información importante del plan

En esta sección, encontrará información importante del plan, que incluye lo siguiente:

- Sus contribuciones de beneficios médicos, dentales y de la visión para 2026-27
- Información de contacto de nuestros proveedores de beneficios
- Un resumen de los avisos del plan de salud que tiene derecho a recibir anualmente y a dónde encontrarlos
- Un glosario de beneficios para ayudarle a entender los términos importantes del seguro

Sus Costos de Beneficios

El monto total que paga por su cobertura de beneficios depende de los planes que elija y cuántos dependientes cubra. Sus costos de atención médica se deducen de su salario antes de impuestos, antes de que se calculen los impuestos federales, estatales y de seguridad social, por lo que paga menos en impuestos.

Médico

Deducciones Semanales	UHC HDHP	UHC Base PPO Plan	UHC Buy Up PPO Plan
Solo Empleado	\$35.08	\$44.66	\$77.08
Empleado y Cónyuge	\$64.85	\$85.93	\$158.31
Empleado e Hijos	\$53.08	\$70.33	\$124.85
Empleado y Familia	\$108.69	\$138.42	\$238.85

Deducciones Quincenales	UHC HDHP	UHC Base PPO Plan	UHC Buy Up PPO Plan
Solo Empleado	\$70.15	\$89.33	\$154.15
Empleado y Cónyuge	\$129.69	\$171.87	\$316.62
Empleado e Hijos	\$106.15	\$140.65	\$249.69
Empleado y Familia	\$217.38	\$276.84	\$477.69

Dental

Deducciones Semanales	
Solo Empleado	\$5.57
Empleado y Cónyuge	\$11.54
Empleado e Hijos	\$12.01
Empleado y Familia	\$17.95

Deducciones Quincenales	
Solo Empleado	\$11.15
Empleado y Cónyuge	\$23.07
Empleado e Hijos	\$24.01
Empleado y Familia	\$35.90

Tenga en cuenta que, a menos que su pareja de hecho sea su dependiente a los efectos fiscales según la definición del IRS, las contribuciones para la cobertura de pareja de hecho deben efectuarse después de impuestos. De manera similar, la contribución de Pentagon con el costo de cobertura de su pareja de hecho y sus dependientes se informará como un ingreso gravable para su formulario W-2. Comuníquese con su asesor fiscal para obtener más detalles sobre la forma en que este tratamiento fiscal se aplica a usted. Notifique a Pentagon Technologies Group, Inc. si su pareja de hecho es dependiente a efectos fiscales.

Sus Costos de Beneficios

El monto total que paga por su cobertura de beneficios depende de los planes que elija y cuántos dependientes cubra. Sus costos de atención médica se deducen de su salario antes de impuestos, antes de que se calculen los impuestos federales, estatales y de seguridad social, por lo que paga menos en impuestos.

Visión

Deducciones Semanales		Deducciones Quincenales	
Solo Empleado	\$0.10	Solo Empleado	\$0.21
Empleado y Cónyuge	\$0.21	Empleado y Cónyuge	\$0.42
Empleado e Hijos	\$0.22	Empleado e Hijos	\$0.45
Empleado y Familia	\$0.36	Empleado y Familia	\$0.72

Seguro Voluntario de Accidentes

Deducciones Semanales		Deducciones Quincenales	
Solo Empleado	\$2.11	Solo Empleado	\$4.23
Empleado y Cónyuge	\$3.37	Empleado y Cónyuge	\$6.75
Empleado e Hijos	\$4.19	Empleado e Hijos	\$8.38
Empleado y Familia	\$6.47	Empleado y Familia	\$12.93

Indemnización Hospitalaria Voluntaria

Deducciones Semanales		Deducciones Quincenales	
Solo Empleado	\$3.02	Solo Empleado	\$6.03
Empleado y Cónyuge	\$7.17	Empleado y Cónyuge	\$14.34
Empleado e Hijos	\$5.74	Empleado e Hijos	\$11.47
Empleado y Familia	\$10.52	Empleado y Familia	\$21.03

Tenga en cuenta que, a menos que su pareja de hecho sea su dependiente a los efectos fiscales según la definición del IRS, las contribuciones para la cobertura de pareja de hecho deben efectuarse después de impuestos. De manera similar, la contribución de Pentagon con el costo de cobertura de su pareja de hecho y sus dependientes se informará como un ingreso gravable para su formulario W-2. Comuníquese con su asesor fiscal para obtener más detalles sobre la forma en que este tratamiento fiscal se aplica a usted. Notifique a Pentagon Technologies Group, Inc. si su pareja de hecho es dependiente a efectos fiscales.

Costos del Seguro Voluntario por Enfermedad Crítica

El costo total que paga por su cobertura de beneficios depende de los planes que elija y a quién cubra. Use las tablas a continuación para estimar el costo que se deducirá de su pago.

Seguro Voluntario por Enfermedad Crítica (tarifa mensual por cada \$1,000 de cobertura)

Edad	Empleado	Cónyuge
<24	\$0.23	\$0.22
25-29	\$0.29	\$0.29
30-34	\$0.37	\$0.39
35-39	\$0.50	\$0.53
40-44	\$0.77	\$0.79
45-49	\$1.27	\$1.19
50-54	\$2.03	\$1.80
55-59	\$2.99	\$2.42
60-64	\$4.07	\$3.70
65-69	\$6.13	\$4.44
70-74	\$8.10	\$6.31
75+	\$10.29	\$8.29

Calcule el costo de su Seguro por Enfermedad Crítica

1. Cobertura deseada (incrementos de \$10,000 hasta \$30,000 para el empleado y/o cónyuge)

Usted:	*Cónyuge:
--------	-----------

2. Divida el paso 1 entre 1,000 =

Usted:	Cónyuge:
--------	----------

3. Multiplique el paso 2 por la tarifa de la tabla a la izquierda =

**Basado en la edad del empleado.*

Usted:	Cónyuge:
--------	----------

4. Multiplique el paso 4 por 12 y divida entre 26 (quincenal) o 52 (semanal) =

Usted:	Cónyuge:
--------	----------

5. Sume usted + cónyuge del paso 4 =

Costo por período de pago:

*Seguro por Enfermedad Crítica para Hijos

Cantidad de Cobertura	Costo Semanal	Costo Quincenal
\$5,000	\$0.48	\$0.97
\$10,000	\$0.97	\$1.94
\$15,000	\$1.45	\$2.91

El costo incluye a todos los hijos elegibles. Los hijos elegibles incluyen a los dependientes menores de 26 años, siempre que usted solicite y sea aprobado para la cobertura para usted mismo.

*Los beneficios para dependientes no pueden exceder el monto del beneficio del empleado.

Costos del Seguro Voluntario de Vida y de Muerte Y Desmembramiento Accidental (AD&D)

Si elige cobertura voluntaria, su costo mensual se calcula basado en su edad (usted y su cónyuge) y la cantidad de cobertura. Utilice las tablas a continuación para estimar el costo que se deducirá de su pago.

Seguro Voluntario de Vida y de AD&D (Tarifa mensual por cada \$1,000 de cobertura)

Edad de Empleado	Empleado	Cónyuge
<24	\$0.08	\$0.09
25-29	\$0.09	\$0.10
30-34	\$0.09	\$0.10
35-39	\$0.11	\$0.12
40-44	\$0.12	\$0.13
45-49	\$0.15	\$0.16
50-54	\$0.21	\$0.22
55-59	\$0.39	\$0.40
60-64	\$0.58	\$0.59
65-69	\$0.69	\$0.70
70-74	\$1.30	\$1.31
75+	\$2.78	\$2.79

Calcule Su Costo

Utilice la tarifa correspondiente proporcionada en las tablas anteriores para calcular su costo según el monto de cobertura que seleccione. El siguiente ejemplo calcula el costo mensual para un empleado de 36 años que desea adquirir \$100,000 en cobertura de seguro voluntario de Vida y AD&D.

Ejemplo de Calculo	Ejemplo
Paso 1 Usando la tabla anterior, ingrese la tarifa que corresponda a su edad.	\$0.11
Paso 2 Ingrese la cantidad de cobertura deseado en dólares.	\$100,000
Paso 3 Ingrese la cantidad de cobertura deseado en incrementos de \$1,000. Para calcularlo, divida la cantidad de cobertura entre \$1,000.	100
Paso 4 Calcule el costo mensual. Multiplique el Paso 1 por el Paso 3.	\$11.00

Calcule el Costo de su Seguro Voluntario de Vida y AD&D

1. Cobertura deseada (incrementos de \$10,000 para empleado y incremento de \$5,000 por Cónyuge)

Usted:	*Cónyuge:
--------	-----------

2. Divida el paso 1 entre 1,000 =

Usted:	Cónyuge:
--------	----------

3. Multiplique el paso 2 por la tarifa de la tabla a la izquierda =

**Basado en la edad del empleado.*

Usted:	Cónyuge:
--------	----------

4. Multiplique el paso 4 por 12 y divida entre 26 (quincenal) o 52 (semanal) =

Usted:	Cónyuge:
--------	----------

5. Sume usted + su cónyuge del paso 4 =

Costo por período de pago:

Seguro de Vida y de AD&D para hijos

Cantidad de Cobertura	Costo Semanal	Costo Quincenal
\$10,000	\$0.55	\$1.11

El costo incluye a todos los hijos elegibles.

Los hijos elegibles incluyen a los hijos dependientes menores de 26 años, siempre que usted solicite y sea aprobado para la cobertura para usted mismo.

Contactos y recursos del plan

Recursos Humanos de Pentagon

Teléfono: 510-392-1867

Correo Electrónico: humanresources@pen-tec.com

General

Portal de Beneficios

MyBenefits.Life

[PentagonTechnologies.mybenefits.life](https://pentagontechnologies.mybenefits.life)

Sitio Web de Inscripción

Paycom

<https://www.paycomonline.net/v4/ee/web.php/app/login>

Médico

UnitedHealthcare (UHC)

Nº de Póliza: 911464

Teléfono de PPO : (866) 633-2446

Teléfono HSA HDHP: (866) 314-0335

Sitio Web: myuhc.com

Dental

UnitedHealthcare (UHC)

Nº de Póliza: 911464

Teléfono: (877) 816-3596

Sitio Web: myuhc.com

Visión

VSP

Nº de Póliza: 30076094

Teléfono: (800) 877-7195

Sitio Web: vsp.com

HSA

Sterling Administration

Teléfono: (800) 617-4729

Sitio Web: sterlingadministration.com

Vida/AD&D

UnitedHealthcare (UHC)

Nº de Póliza: 373933

Teléfono: (888) 299-2070

Servicios Para Beneficiarios: (866) 302-4480

Sitio Web: myuhcftp.com

MAP/EAP

Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

Teléfono: (877) 660-3806

Sitio Web: liveandworkwell.com

Contraseña: FP3EAP

Discapacidad

UnitedHealthcare (UHC)

Nº de Póliza(STD y LTD): 373933

Teléfono: (888) 299-2070

Sitio Web: myuhcftp.com

Accidente, Enfermedad Crítica y Indemnización Hospitalaria

UnitedHealthcare (UHC)

Nº de Póliza: 373933

Teléfono: (888) 299-2070

Sitio Web: myuhcftp.com

Glosario

Año del plan

Un período de 12 meses de cobertura de beneficios. El período de 12 meses puede o no ser el mismo que el año calendario.

Atención ambulatoria

Atención hospitalaria o clínica que no requiere que usted pase la noche.

Atención de urgencias

Atención de una enfermedad, lesión o afección que necesita tratamiento de inmediato pero que no es lo suficientemente severo como para requerir una sala de emergencias. El tratamiento en un centro de atención de urgencia generalmente cuesta menos que una visita a la sala de emergencias.

Atención preventiva

Servicios de atención médica de rutina que pueden incluir exámenes de detección, pruebas, chequeos, vacunas y asesoramiento al paciente para prevenir enfermedades u otros problemas de salud.

Beneficiario

Las personas o entidades que seleccionas para recibir un beneficio si mueres. Debe nombrar beneficiarios para los planes de vida, AD&D y de jubilación para garantizar que el dinero se distribuya de acuerdo con sus deseos.

Beneficio voluntario

Un beneficio opcional ofrecido por su empleador por el cual usted paga la prima completa, generalmente mediante una deducción de nómina.

Cantidad permitida

El monto máximo que su plan de seguro pagará por un gasto elegible. Los proveedores dentro de la red no pueden facturarle más del monto permitido.

Centro de cirugía ambulatoria

Un centro de atención médica que se especializa en procedimientos quirúrgicos en el mismo día.

COBRA

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) es una ley federal que le permite conservar temporalmente su seguro médico después de que finalice su empleo, en función de ciertos eventos calificativos. Si elige la cobertura COBRA, paga el 100 % de las primas, incluida cualquier parte que solía pagar su empleador, más una pequeña tarifa administrativa.

Copago

Una tarifa fija que usted paga por algunos servicios de atención médica, como una visita al consultorio del médico. Usted paga el copago en el momento de recibir atención. En la mayoría de los casos, los copagos no cuentan para su deducible.

Coseguro

El porcentaje del monto permitido que debe pagar por un gasto elegible. El coseguro siempre sumará el 100%. Por ejemplo, si el plan paga el 70% del monto permitido, su coseguro es del 30%. Si su plan tiene un deducible, usted paga el 100% de la mayoría de los costos hasta que haya pagado el monto del deducible.

Costos de desembolso

Gastos de atención médica que usted es responsable de pagar, ya sea desde su cuenta bancaria, desde una tarjeta de crédito o desde una cuenta de ahorros para la salud, como una HSA, FSA o HRA. Estos costos incluyen los deducibles, copagos y coseguros que usted paga por gastos elegibles, junto con el costo de cualquier servicio que su seguro no cubra.

Deducible

El monto en dólares que debe pagar por los gastos elegibles antes de que su seguro comience a cubrir su parte. El deducible no se aplica a la atención preventiva ni a otros servicios determinados.

Deducible agregado

Un tipo de deducible familiar en el que una familia debe alcanzar todo el deducible familiar antes de que el plan cubra los gastos elegibles de cualquier individuo.

Deducible incorporado

Un tipo de deducible familiar en el que el plan cubre los gastos elegibles de cada persona tan pronto como alcanza su deducible individual.

Desembolso máximo

La cantidad máxima de dinero que tendrá que gastar en gastos elegibles durante un año del plan. Después de gastar esta cantidad, su plan cubre el 100 % de los gastos elegibles durante el resto del año del plan.

Desembolso máximo agregado

Un tipo de desembolso máximo familiar en el que una familia debe alcanzar el desembolso máximo familiar completo antes de que el plan pague el 100% de los gastos elegibles de cualquier individuo.

Desembolso máximo incorporado

A type of family out-of-pocket maximum in which the plan pays 100% of a person's eligible expenses as soon as they reach their individual out-of-pocket maximum.

Diagnóstico y preventivo dental

Generalmente incluye limpiezas de rutina, exámenes orales, radiografías y tratamientos con flúor. La mayoría de los planes limitan los exámenes preventivos y las limpiezas a dos veces al año.

Facturación de saldo

La facturación de saldo se produce cuando un proveedor fuera de la red le factura más del monto permitido por su plan. Por ejemplo, si el proveedor cobra \$100 pero el monto permitido del plan es solo \$70, un proveedor fuera de la red puede facturarle la diferencia de \$30. Es posible que no se permita la facturación del saldo para todos los servicios. Consulte los documentos de su plan de seguro para obtener más detalles.

Glosario

En red

También conocidos como proveedores participantes, estos proveedores tienen un contrato con su plan de seguro. Generalmente son la opción de menor costo porque han acordado no cobrarle más del monto permitido y porque su seguro cubrirá una porción mayor de los gastos elegibles que con proveedores fuera de la red.

Farmacia participante

También conocida como farmacia dentro de la red, una farmacia participante tiene un contrato con su plan médico o de medicamentos recetados. Por lo general, pagará costos de medicamentos recetados más bajos en una farmacia participante.

Formulario

Una lista de medicamentos recetados cubiertos por su plan médico o de medicamentos recetados. La lista, también conocida como “lista de medicamentos preferidos”, se según una evaluación de efectividad y costo. Su coseguro puede ser mayor para los medicamentos que no están en esta lista, o es posible que su seguro no los cubra en absoluto.

Fuera de la red

También conocidos como proveedores no participantes, estos proveedores no tienen contrato con su plan de seguro. Por lo general, son una opción de mayor costo porque pueden cobrarle más que el monto permitido por su plan y porque su seguro cubrirá una porción menor de los gastos elegibles que con los proveedores dentro de la red. Algunos planes no cubren en absoluto los servicios fuera de la red.

Gastos elegibles

También conocido como servicio cubierto, es un servicio o producto por el cual su plan de seguro pagará una parte del monto permitido. Su plan no cubrirá ninguna parte del costo si el gasto no es elegible y el monto que pague no contará para su deducible.

Límite anual

El monto máximo en dólares o la cantidad de visitas que su plan cubrirá para un servicio específico durante un año del plan. Si alcanza un límite anual, deberá pagar todos los costos asociados a ese servicio durante el resto del año del plan.

Medicamento de marca

Una droga vendida bajo su nombre de marca registrada. Por ejemplo, Lipitor es el nombre de marca de un medicamento común para el colesterol. Su coseguro por medicamentos de marca puede ser mayor si hay un equivalente genérico disponible.

Medicamento genérico

Medicamento que tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca pero que se vende con un nombre diferente. Por ejemplo, Atorvastatina es el nombre genérico de medicamentos con la misma fórmula que el medicamento de marca Lipitor.

Pedido por correo

Una característica del plan médico o de medicamentos recetados que le permite recibir por correo un suministro de 90 días de los medicamentos que toma regularmente.

Período de acumulación

El período de tiempo durante el cual puede incurrir en gastos elegibles para su deducible, desembolso máximo y limitaciones de visitas. El período de acumulación de su deducible y desembolso máximo puede diferir del período de limitaciones de visitas.

Plan con derechos adquiridos

Un plan médico que está exento de ciertas disposiciones de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA).

Proveedor

Un médico, dentista, asistente médico, enfermera, hospital, laboratorio u otro profesional o centro de atención médica que brinde servicios de atención médica.

Proveedor de atención primaria (PCP)

Su médico principal. Algunos planes médicos requieren que usted designe un PCP, quien dirigirá o aprobará toda su atención médica y sus derivaciones.

Reclamación

Una solicitud de pago que usted o su proveedor envían a su plan de seguro después de recibir los servicios.

Servicios dentales básicos

Servicios tales como empastes, extracciones de rutina y algunos procedimientos de cirugía oral.

Servicios dentales mayores

Trabajos dentales complejos o restauradores, como coronas, puentes, prótesis dentales, inlays y onlays.

Servicio excluido

Un servicio por el cual su seguro no paga ninguna parte del coste. Estos servicios también pueden denominarse “no elegibles”, “no cubiertos” o “no permitidos”.

Telesalud/Telemedicina

Una visita virtual a un médico mediante el chat de video en una computadora, tableta o teléfono inteligente.

Usual, Consuetudinario y Razonable (UCR)

El costo de un servicio médico en un área geográfica en función de lo que los proveedores en el área generalmente cobran por el mismo servicio médico o uno similar. Su plan puede utilizar el monto UCR como monto permitido.

Vacunaciones

También conocidas como “inmunizaciones”, las vacunas son preparaciones biológicas que ayudan a prevenir o reducir la gravedad de enfermedades específicas.

Información importante del plan

Lo que necesita saber sobre las reglas ‘Sin Sorpresas’

Las reglas “Sin Sorpresas” lo protegen de facturas médicas inesperadas en situaciones en las que no puede elegir fácilmente un proveedor que esté en la red de su plan de salud. Esto es especialmente común en una situación de emergencia, cuando puede recibir atención médica de proveedores fuera de la red. Los proveedores fuera de la red o los centros de emergencia pueden pedirle que firme un aviso y formulario de consentimiento antes de brindar ciertos servicios después de que ya no necesite atención de emergencia. Estos son “servicios de posestabilización”. No debe recibir este aviso y formulario de consentimiento si está recibiendo servicios de emergencia que no sean servicios de posestabilización. También pueden solicitar que firme un aviso y formulario de consentimiento si programa ciertos servicios que no son de emergencia con un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico dentro de la red.

El aviso y formulario de consentimiento le informa sobre sus protecciones contra facturas médicas inesperadas, le da la opción de renunciar a esas protecciones y pagar más por la atención fuera de la red, y proporciona una estimación de lo que podría costar su atención fuera de la red. No está obligado a firmar el aviso y formulario, no debe firmarlo si no tuvo la opción de elegir un proveedor o centro de atención médica antes de programar una cita de atención médica. Si no firma, es posible que deba reprogramar su cita de atención médica con un proveedor o centro dentro de la red de su plan de salud.

[Ver un ejemplo de aviso y formulario de consentimiento](#) (PDF).

Esto aplica a usted si es un participante, beneficiario, o individuo cubierto en un plan de salud grupal o individual, incluyendo un plan de salud para empleados federales (FEHB).

Fecha límite para presentar demandas bajo ERISA después del agotamiento de todos los procedimientos de reclamación

Cualquier demanda debe presentarse dentro de los 36 meses posteriores a la decisión final sobre el reclamo. Se requiere el agotamiento de todos los procedimientos de reclamos y apelaciones antes de presentar una demanda. Consulte la descripción resumida del plan WRAP para conocer el estatuto de limitaciones específico del plan.

Avisos requeridos del plan

Avisos del plan de salud

Estos avisos deben proporcionarse a los participantes del plan anualmente y están disponibles en el documento de Avisos anuales, ubicado en pentagontechologies.mybenefits.life:

- **Aviso de la Parte D de Medicare:** describe opciones para acceder a cobertura de medicamentos recetados para personas elegibles para Medicare
- **Ley de derechos para la salud y el cáncer de la mujer:** describe los beneficios disponibles para las personas que se someterán o se sometieron a una mastectomía
- **Ley de protección de la salud de los recién nacidos y las madres:** describe los derechos de la madre y del recién nacido de permanecer en el hospital de 48 a 96 horas después del parto
- **Aviso de derechos de inscripción especiales de la Ley de responsabilidad y transferencia de los seguros médicos (HIPAA):** describe cuándo puede inscribirse o inscribir a sus dependientes en la cobertura de salud fuera del período de la inscripción abierta
- **Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA:** describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted
- **Aviso de elección de proveedores:** le notifica que su plan requiere que usted designe a un médico de cabecera (PCP) o le permite seleccionar uno
- **Asistencia para primas con Medicaid y el programa de seguro médico de niños (CHIP):** describe la disponibilidad de asistencia para primas para dependientes elegibles para Medicaid
- **Reglas “sin sorpresas”:** explica las reglas que lo protegen de facturas médicas inesperadas.

Cobertura de continuación de COBRA

Usted y/o sus dependientes pueden tener derecho a continuar con la cobertura después de perder la elegibilidad conforme a los términos de nuestro plan de salud. Al momento de la inscripción, usted y sus dependientes reciben un Aviso inicial de COBRA en el que se describen las circunstancias en virtud de las que se encuentra disponible la cobertura continua y sus obligaciones de notificar al plan cuando usted o sus dependientes experimentan un evento que califica. Revise detenidamente este aviso para asegurarse de comprender sus derechos y obligaciones.

Documentos del plan

Los documentos importantes para nuestro plan de salud y plan de jubilación están disponibles en pentagontechnologies.mybenefits.life. Las copias impresas de estos documentos y avisos están disponibles si se solicitan. Si desea una copia impresa, comuníquese con el Administrador del Plan.

Descripción resumida del plan (SPD)

Es el documento legal para describir los beneficios proporcionados en virtud del plan, así como los derechos y obligaciones del plan con los participantes y beneficiarios.

- Pentagon Technologies Group, Inc. Health and Welfare Benefits Plan

Resumen de beneficios y cobertura (SBC)

Es un documento requerido por la Ley de Atención Médica Asequible (ACA) que presenta las características del plan de beneficios en un formato estandarizado. Los documentos del SBC están disponibles en pentagontechnologies.mybenefits.life.

- UHC HDHP
- UHC Base PPO Plan
- UHC Buy Up PPO Plan

Declaración de modificaciones materiales

Esta guía de inscripción constituye un Resumen de modificaciones materiales (SMM) realizadas en Pentagon Technologies Group, Inc. Health and Welfare Benefits Plan. Está destinado a complementar o reemplazar cierta información en la SPD. Por eso, consérvela para referencia futura junto con su SPD. Comparta estos materiales con sus familiares cubiertos.

Determinando la elegibilidad

Método de medición mensual

La siguiente información explica cómo se determina su elegibilidad para la cobertura de atención médica, de acuerdo con las reglas de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA).

Usted y sus dependientes son elegibles para el plan si usted es un empleado de tiempo completo. Un empleado de tiempo completo es generalmente un empleado que trabaja en promedio 130 horas por mes, conforme lo que ha sido definido por ACA. Las horas que cuentan para obtener el estatus de tiempo completo incluyen cada hora por la que el empleado reciba una remuneración o tenga derecho a recibir una remuneración por el desempeño de sus tareas para el empleador, y cada hora por la que el empleado reciba una remuneración o tenga derecho a recibir una remuneración por un período de tiempo durante el cual no se realicen funciones por vacaciones, días feriados, enfermedades, incapacidad (incluyendo discapacidades), despidos, labor de jurado, obligaciones militares o permisos de ausencia.

El estatus de tiempo completo definido por ACA puede afectar o determinar la elegibilidad a los más importantes beneficios médicos, pero no es una garantía de la elegibilidad de beneficios. Pentagon Technologies utiliza un método de medición mensual para determinar si un empleado cumple con el umbral de elegibilidad.

