



2019 Red Coats, Inscripción Abierta

Periodo de Inscripción Abierta:
October 8, 2018-November 3, 2018

Agenda

- ▶ Que hay de nuevo para 2019
- ▶ Ley de Asistencia Asequible
- ▶ Mercado de la Salud
- ▶ Elegibilidad de Beneficios
- ▶ Planes Medicos
- ▶ Cuentas de Gasto Flexible
- ▶ Beneficios de Viajero y estacionamiento
- ▶ Medicare y Medicaid
- ▶ Cómo Inscribirse
- ▶ FAQ's
- ▶ Información de Contactos

Affordable Care Act (ACA)

*A partir del año fiscal 2019, se eliminará la multa por no tener seguro de salud

- ▶ La ACA obliga a todos los residentes de los Estados Unidos a mantener la cobertura mínima indispensable para usted y sus dependientes. La cobertura esencial mínima se define como un plan de salud que paga el 60% de los costos por atención médica.
- ▶ Por ACA, los empleados elegibles que trabajan treinta(30) o más horas por semana tendrán las opciones para inscribirse en un plan de salud patrocinado por el empleador. Todos los empleados tienen la opción de inscribirse en otros planes de atención médica como el Mercado de la Salud.

Mercado de la Salud



El estado y el mercado federal es donde usted puede comprar planes de seguros privados. Puede calificar para un plan de costos más bajo basado en el tamaño de su hogar y los ingresos.

Visite www.healthcare.gov ó llame al 1 800-318-2596 para obtener información sobre los planes ofrecidos, los precios y para ver si califica para un subsidio.

La inscripción abierta para el mercado de la salud inicia del November 1, 2018 to December 15, 2018.

Eligibilidad de Beneficios

Los empleados sindicalizados a tiempo completo no son elegibles para participar en ningún plan de salud o bienestar social patrocinado por la compañía si se les ofrece cobertura de salud a tiempo completo bajo un convenio colectivo de trabajo.

Seguro Médico

- ▶ Los empleados programados para trabajar treinta (30) horas ó más por semana son elegibles para participar en el plan médico. El beneficio es efectivo el primer día del mes después de sesenta (60) días de empleo activo a tiempo completo.

Cuenta de Gastos Flexibles FSA

- ▶ Los empleados programados para trabajar cuarenta (40) horas o más por semana son elegibles para participar en estos beneficios el primer día del mes después de treinta (30) días de empleo activo.

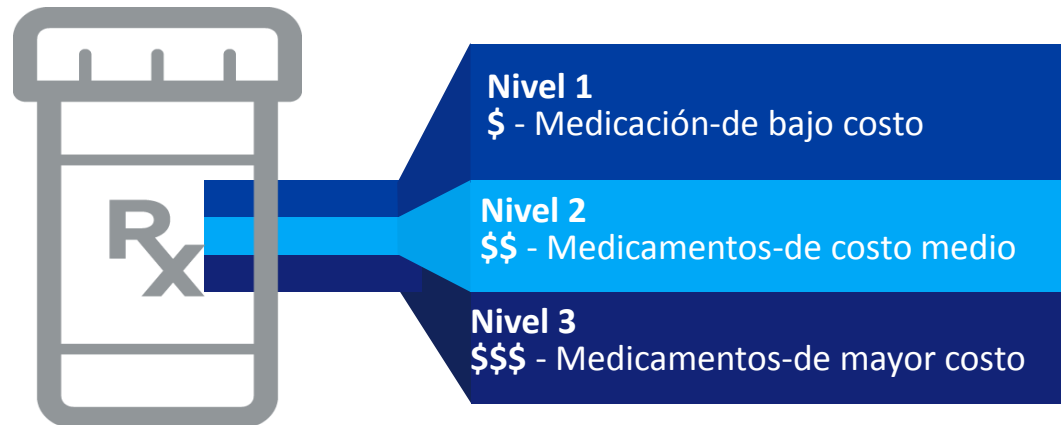
Que hay de nuevo para 2019

- ▶ Nuevo portador médico- United Healthcare!
 - ▶ United Healthcare es uno de los proveedores de atención médica más grandes de la nación.
 - ▶ Ofrece a sus participantes una de las redes más grandes de médicos, especialistas y centros de salud.
 - ▶ Confiamos en que United Healthcare satisfará las necesidades de nuestra organización y proporcionará la mejor cobertura.
- ▶ Los empleados que están en DC, MD, VA, WV o DE también tendrán la opción de elegir un plan a través de la red Optimum Choice (HMO) de United Healthcare.
- ▶ Los deducibles y el coseguro para los planes seguirán siendo los mismos en 2019.
 - ▶ Los medicamentos del nivel 1 redujeron el copago a \$ 10
 - ▶ El pedido por correo será 2.5 veces el copago minorista
- ▶ ¡NUEVO! Opciones de inscripción de cuatro niveles
 - ▶ Empleado
 - ▶ Empleado + Esposo(a)
 - ▶ Empleado + Niño(s)
 - ▶ Empleado + Familia



United Healthcare en general

- ▶ Beneficios adicionales para los audífonos, el tratamiento de la obesidad mórbida y la acupuntura
- ▶ Posibilidad de entrar y salir de la red.
- ▶ Programa de salud y bienestar
- ▶ Servicio al cliente 24/7
- ▶ Tecnología (aplicación móvil y myuhc.com)
- ▶ NUEVAS TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN: 2 tarjetas por familia, con todos los nombres de los dependientes en la lista.



United Healthcare- Choice Plus High Resumen

Beneficio	Dento-del-Network	Fuera-del-Network
Año Calendario Deducible	\$6,000 por persona \$12,000 por familia	\$12,000 por persona \$24,000 por familia
Atención preventiva: todas las edades (incluye prevención de bienestar para bebés, mujeres sanas, hombres sanos y adultos)	Cubre 100%	20% co-seguro*
Visita a la oficina de atención primaria	Primera 3 visitas son gratis, luego cubre 100%*	20% co-seguro*
Visita a la oficina de atención especializada	Cubre 100%*	20% co-seguro*
Cuidado Urgente	Primera 3 visitas son gratis, luego cubre 100%*	20% co-seguro*
Sala de Emergencias	Cubre 100%*	20% co-seguro*
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados / Servicios hospitalarios ambulatorios	Cubre 100%*	20% co-seguro*
Cirugía ambulatoria/ Cirugía de hospitalización	Cubre 100%*	20% co-seguro*
Medicamentos con receta	Venta al por menor (suministro de 30 días) Primero deducible, luego: Nivel 1 \$10 copago Nivel 2 \$35 copago Nivel 3 \$60 copago	Pedido por correo (suministro de 90 días) Primero deducible, luego: \$25 copago \$87.50 copago \$150 copago

Costo: Choice Plus Alto

- ▶ Basado en las Leyes de la ACA.
- ▶ Bajo la regla de puerto seguro del IRS, la cobertura del empleado no debe exceder el 9.5% de las ganancias brutas del empleado.
- ▶ Para Calcular el costo mensual de su Empleado,
 - ▶ Paso Uno: Multiplique su salario por hora por 130 : (Caja 1)
 - ▶ Paso Dos: Multiplica el Cuadro 1 por 9.5%: (Caja 2)

Cobertura	Cantidad		Caja 2		Su Costo Mensual
Empleado + Esposo(a)	\$627.03	+		=	
Empleado + Niño(s)	\$410.42	+		=	
Empleado + Familia	\$1,151.45	+		=	

Plan Mapeo

2019 Mapa médico - CIGNA LOW ahora será UHC HIGH

Plan actual	Nivel actual	Dependientes		Nivel Nuevo	Plan Nuevo
CIGNA Bajo - \$6,000/\$12,000	Empleado solamente	N/A	→	Empleado solamente	CHOICE PLUS HIGH - \$6,000/\$12,000
CIGNA Bajo - \$6,000/\$12,000	FAMILIA	Empleado + Esposo(a)	→	Empleado + Esposo	CHOICE PLUS HIGH - \$6,000/\$12,000
CIGNA Bajo - \$6,000/\$12,000	FAMILIA	Empleado + NIÑO (REN)	→	Empleado + hijo (s)	CHOICE PLUS HIGH - \$6,000/\$12,000
CIGNA Bajo - \$6,000/\$12,000	FAMILIA	EMPLEADO + Esposo(a) + NIÑO (REN)	→	EMPLEADO + CÓNYUGE + NIÑO (REN)	CHOICE PLUS HIGH - \$6,000/\$12,000

* Si no desea que lo incluyan en el plan mapeado arriba, DEBE enviar un formulario de inscripción con su nueva opción de plan

Opción del Plan Pan-American

La compañía también ofrece a los empleados la oportunidad de inscribirse en un plan de indemnización de salud limitada. Este plan paga una cantidad fija para ayudar a cubrir el costo de los gastos médicos comunes a la vez dándole la posibilidad de acceder a tarifas reducidas de la red nacional

	Plan Básico		Plan Realzado	
<u>Tipo de Beneficio</u>	<u>Cantidad de la Cobertura</u>		<u>Cantidad de la Cobertura</u>	
Visitas a Hospital	\$300 primer día		\$500 Primer día	
Visitas al Doctor	\$60/día max de 10 visitas/Año		\$70/día max de 10 visitas/Año	
Sala de Emergencia	\$75/día max de 4 visitas/Año		\$75/día max de 4 visitas/Año	
Visita al Cirujano	\$2,000/ día max de 1 dia/Año		\$4,000/día max de 1 día/Año	
Visita después de una Cirugía	\$1,000/ día max de 2 dias/Año		\$2,000/día max de 2 días/Año	
Cuidado Preventivo	\$75/día max de 2 días/Año		\$150/día max de 1 día/Año	
Diagnóstico de Laboratorio	\$25/día max de 3 días/Año		\$25/día max de 3 días/ Año	
Radiología	\$70/día max de 2 días/Año		\$70/día max de 2 días/Año	
<u>Estimado del Costo por Medicamentos de marca y genéricos disponibles:</u>				
<u>Nivel 1 RX</u>	<u>Nivel 2 RX</u>		<u>Nivel 3 RX</u>	<u>Nivel 4 RX</u>
\$10 ó menos*	\$25 ó menos**		\$50 ó menos**	Arriba \$50**
No hay límite Mensual Máximo por Asegurado				

Pan-American- Costo Mensual

Por favor tenga en cuenta que los planes de Pan-American no cumplen con los requisitos esenciales y las personas que decidan inscribirse en este plan pueden estar sujetos a sanciones bajo la ley ACA.

Nivel	Plan básico- costo mensual	Plan Mejorado por período de pago
Empleado	\$69.70	\$114.85
Empleado+ Esposa(o)	\$134.58	\$231.62
Empleado + Niño(s)	\$109.62	\$186.09
Familiar	\$182.86	\$319.72

Cuentas de Gastos Flexibles

- ▶ Las Cuentas de Gastos Flexibles (FSA) permiten a los empleados aportar dinero antes de impuestos para pagar ciertos gastos de salud o cuidado de dependientes.
- ▶ Los empleados elegibles pueden participar en la cuenta de gastos médicos y cuentas de Gastos de Cuidado de Dependientes.
- ▶ Las contribuciones de los empleados se deducen de su cheque de pago antes de impuestos.

Uselo o lo perderá - El dinero no se acumula para el próximo año!

Tipos de Cuentas de Gastos Flexibles

Gatos Médicos Flexibles

- ▶ Contribución anual máxima para el 2019 es de: \$2,650*
- ▶ Ayuda a pagar los gastos médicos no cubiertos por su plan. Ejemplo: Deducibles, copagos, coseguros.
- ▶ Puede utilizarse en gastos médicos dentales y de la vista.
- ▶ Debe gastar la cantidad disponible para el 15 de marzo del 2020 y enviar el reclamo antes del 30 abril, 2020

Cuenta de gastos Flexibles para cuidado de Dependientes

- ▶ La contribución máxima por hogar para el 2018 es de: \$5,000*
- ▶ Use el dinero para pagar ciertos gastos de cuidado por niños dependientes de hasta 12 años.
- ▶ Los gastos para discapacitados mayores de edad son elegibles independientemente de la edad.
- ▶ Debe gastar su cantidad disponible antes del 31 de diciembre del 2019 y enviar el reclamo antes del 30 de abril del 2020

* El límite para el 2019 está sujeto a cambios por las normas del IRS que se publican en noviembre.

Medicare y Medicaid

Medicare: Las personas de 65 años ó más pueden calificar para un seguro de salud gratis o de bajo costo a través de la cobertura de Medicare si:

- ▶ Usted ya recibe beneficios de jubilación del Seguro Social.
- ▶ Usted es elegible para obtener Seguro Social, pero no ha aplicado aún.
- ▶ Usted o su cónyuge han tenido Medicare a través de un empleo de gobierno.

Para más información por favor visite www.medicare.gov ó llame al 1-800-633-4227

Medicaid: Usted y su familia pueden calificar para recibir cobertura médica gratis o de bajo costo a través de Medicaid/CHIP basado en el ingreso y el tamaño de su familia.

Usted puede aplicar e inscribirse en cualquier momento del año si califica la cobertura puede comenzar inmediatamente.

Para más información, por favor visite: www.Medicaid.gov o llame 1-877-267-2323

Cómo Inscribirse

(3 de Noviembre de 2018 es la fecha límite)

► Inscripción en línea:

1. Ir a : www.ktbsonline.com
2. Haga click en el vínculo "Register Now"
3. Entre su nombre, fecha de nacimiento, y número de seguro social
4. Siga las indicaciones para la inscripción abierta

► Enviar el formulario por correo/Fax a:

Red Coats, Inc

Corporate Benefits Department

4520 East West Highway

Suite 200

Bethesda, MD 20814

Fax: (301) 576-7793

► Envíe los formularios a su sucursal local.

KELLY EMPLOYEE ELECTION FORM

New Subscriber Member adding line of coverage WAIVER (signature required) COBRA or State Continuation

Company Name: Red Coats, Inc. Admiral Security Services KELLY Company ID: 99425 Business Phone: 301-280-4238

1. Last Name: _____ First Name: _____ SSN: _____ Title (Jr., Sr., etc.): _____

2. Street Address: _____ Street Name: _____ Note: a PO Box is insufficient for any HSA, FSA, or HRA account. Apt # _____

3. City: _____ State: _____ Zip Code: _____ E-mail: _____

4. Social Security #: _____ Date of Birth (MM/DD/YY): _____ Gender: M F Other _____ Marital Status: Single Married Divorced Widowed _____ On your effective date, will you be retired or on a sabbatical leave for this employer? Y N N/A

Home Phone: _____ Full-time Hire Date (MM/DD/YY): _____ Employee Use Only: _____ Requested Effective Date (MM/DD/YY): _____ KELLY USE ONLY: _____

A	Name (Last, First, MI)	Relationship	Social Security #	Birth Date	Gender	DOB Status (Y/N)	Disabled (Y/N)
1		Subscriber					
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

5. **HEALTH PLAN**
Cigna - HDHP \$6,000
Select Level of Coverage:
 Individual
 Family
 Waive Coverage

HEALTH PLAN
Fidelity
(Does not meet ACA's requirements of minimum essential benefits)
Select Plan:
 Basic
 Enhanced
Select Level of Coverage:
 Individual
 Individual & Spouse
 Individual & Child(ren)
 Family
 Waive Coverage

Flexible Spending Accounts
Medical FSA \$ _____
Dependent FSA \$ _____
FOR DC BASED EMPLOYEES ONLY:
Transit \$ _____
Parking \$ _____

6. Employee Occupation: _____ Employee Class: _____ Employee Salary: _____
Primary Beneficiary: _____ Relationship: _____
Secondary Beneficiary: _____ Relationship: _____

7. **OTHER INSURANCE INFORMATION**
Do you or your dependent(s) currently have health coverage with another insurer? Yes No
If yes, please provide details: _____
Effective Date: _____ Plan Type: _____
CERTIFICATION: I hereby certify, on behalf of myself and each dependent listed above, that the coverage indicated, if accepted, coverage will be provided according to the terms and conditions of the benefit plan(s) described by the description provided and by the individual. I agree to be bound by the benefit plan(s) of which this form will become part. I also agree to pay current and future charges for coverage provided in excess of any employer contribution. The coverage amounts on this form are to the best of my knowledge and belief, complete and true to the best of my ability. I understand that the dependent(s) listed above are eligible to enroll in the benefit plan(s). If you have any questions concerning the benefits and coverage provided for or available under this agreement, please contact a member representative before signing this Enrollment Form. Coverage shall become effective only upon final approval by the Center and not from the submission of this form.

8. EMPLOYEE SIGNATURE: _____ DATE: _____
EMPLOYER SIGNATURE / VERIFICATION: _____ DATE: _____

12/11
page 1 of 2

Preguntas Frecuentes acerca de la inscripción abierta

- ▶ ¿Cuál es la fecha límite para presentar mi formulario?
 - ▶ Durante el periodo de inscripción abierta, todos los empleados DEBEN presentar un formulario para inscribirse o rechazar no participar antes del **3 de noviembre de 2018**.
- ▶ ¿Tengo otra cobertura (Medicare, Medicaid, Cobertura Estatal/Federal ó Empleador de mi pareja? ¿ Necesito hacer algo ?
 - ▶ Si, usted DEBE presentar un formulario para rechazar su participación en los beneficios; debe enviar el formulario al Departamento de Beneficios antes del 3 de noviembre del 2018. A partir de entonces, los empleados recién contratados deben presentar un formulario dentro de los 30 días de elegibilidad.
- ▶ Si elijo no inscribirme en el plan ¿ necesito hacer algo ?
 - ▶ Si, usted DEBE presentar un formulario de rechazo a sus beneficios ya sea en línea o enviarlo al Departamento de Beneficios antes del **3 de noviembre de 2018**. A partir de entonces, los empleados deben presentar un formulario dentro de los 30 días de elegibilidad.
- ▶ ¿ Cómo envió mis formularios?
- ▶ Usted puede enviar su formulario en línea, fax, correo o dejarlos en una sucursal local

Información de Contactos

Departamento de Beneficios Corporativos

4520 East West Highway

Suite 200

Bethesda, MD 20814

Phone: (301) 280-4238

Fax: (301) 576-7793

Email: benefits@redcoats.com