



2023

Guía de inscripción para beneficios de Hub Group Warehouse

 **TAGG**logistics



Contenido

Página 1

Bienvenida

Página 2

Inscripción y elegibilidad

Páginas 3-6

Beneficios médicos y farmacéuticos

Página 7

Seguro de indemnización hospitalaria

Página 8

Seguro de accidentes
Seguro por enfermedad grave

Página 9

Cuenta de gastos flexibles (FSA)

Página 10

Seguro odontológico

Página 11

Seguro oftalmológico

Páginas 12 - 13

Seguro de vida

Página 14

Seguro por incapacidad

Página 15

Plan legal
Asistencia al empleado

Páginas 16 - 17

Recursos de BCBSIL

Páginas 18-19

El costo de sus beneficios

Página 20

Términos importantes

Página 21

Información de contacto
Avisos y divulgaciones importantes

Bienvenida

Reconocemos que nuestros empleados son nuestro recurso más valioso y nos enorgullecemos de ofrecer una sólida cartera de beneficios. Estos beneficios le brindan la tranquilidad de saber que las cosas más importantes de la vida están protegidas: su familia, sus finanzas y su futuro.

Los nuevos empleados deben inscribirse dentro de los primeros 30 días a partir de la fecha de su contratación. Los beneficios adquieren vigencia el primer día del mes siguiente a los 60 días a partir de la fecha de contratación.

Su paquete de beneficios de 2023 incluye:

- ✓ Plan médico y medicamentos recetados
- ✓ Cuentas de Gastos Flexibles (FSA)
- ✓ Plan odontológico
- ✓ Plan oftalmológico
- ✓ Seguro de vida básico y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)
- ✓ Seguro de vida complementario y por AD&D
- ✓ Seguro voluntario por incapacidad a corto plazo
- ✓ Seguro voluntario por incapacidad a largo plazo
- ✓ Seguro de vida con cuidados a largo plazo
- ✓ Indemnización por hospitalización
- ✓ Accidentes
- ✓ Enfermedad crítica
- ✓ Plan legal
- ✓ Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

Proceso de inscripción

Habrán asesores de beneficios profesionales disponibles por teléfono para responder sus preguntas y ayudarlo a completar el proceso de inscripción. Para programar su cita confidencial sobre beneficios, visite **hubgroup.mybenefitsappointment.com** o llame al 844-532-2237. Programe su cita hoy para asegurar su fecha y hora preferidas.

Con la excepción de los beneficios voluntarios, también puede inscribirse o realizar cambios a sus beneficios iniciando sesión en HCM y haciendo clic en "Benefits" (Beneficios). Debe programar una cita con un asesor de beneficios para inscribirse en los beneficios voluntarios.

Recurso en línea de información sobre beneficios

Nuestro conjunto de beneficios en línea pone toda la información sobre los beneficios al alcance, en cualquier momento y en cualquier lugar. Este es su recurso en línea de referencia para sus necesidades de beneficios. Para obtener más información, visite

HubGroupWarehouse.MyBenefitsLibrary.com.

Pautas de inscripción

Fecha de vigencia de los beneficios

Los nuevos empleados deben inscribirse dentro de los primeros 30 días a partir de la fecha de su contratación. Los beneficios adquieren vigencia el primer día del mes siguiente a los 60 días a partir de la fecha de contratación.

Horas trabajadas

Según las reglas de la ACA, generalmente se considera que un empleado trabaja a tiempo completo si trabaja un promedio de al menos 30 horas por semana.

Dependientes elegibles

Los miembros de la familia elegibles pueden participar si usted elige la cobertura de beneficios para dependientes.

Los miembros de la familia elegibles son el cónyuge con quien está legalmente casado e hijos del empleado, como se define a continuación:

- ✓ Su(s) hijo(s) biológico(s) hasta que cumplan 26 años
- ✓ Su(s) hijastro(s), es decir, el/los hijo(s) de su cónyuge hasta que cumplan 26 años o antes si su matrimonio con el progenitor termina por otra causa que no sea la muerte de uno de ustedes
- ✓ Su(s) hijo(s) adoptado(s), lo que significa que usted (o su cónyuge) ha adoptado o un niño(a) ha sido puesto en adopción con usted hasta que el/los hijo(s) cumpla(n) 26 años; usted o su cónyuge debe ser uno de los padres adoptivos, el niño debe haber sido puesto bajo su custodia (o la de su cónyuge); y el procedimiento de adopción debe haberle asignado a usted (o a su cónyuge) la responsabilidad de la cobertura de beneficios
- ✓ Su hijo cubierto por una QMCSO, es decir, sus hijos en cuyo nombre se ha ingresado o emitido una Orden médica calificada de manutención infantil (QMCSO), que indica que se debe proporcionar cobertura hasta que el niño cubierto por la QMCSO ya no esté cubierto o cumpla 26 años, lo que ocurra primero
- ✓ Persona incapacitada: Se proporciona cobertura continua para sus hijos u otros dependientes elegibles, que sean física o mentalmente incapaces de mantenerse por sí mismos mientras permanecen incapacitados, siempre y cuando usted siga siendo un Empleado Elegible y: (i) el hijo u otro dependiente elegible estaba inscrito en el Plan de Beneficios de prestación social de Hub Group, Inc. antes de cumplir los 26 años de edad (para hijos naturales, adoptados e hijastros), o antes de cumplir los 24 años (para otros dependientes elegibles), según sea el caso, y

se mantuvo su cobertura hasta esa edad; y (ii) el hijo u otro dependiente elegible cumple con los criterios de elegibilidad dentro de una de las categorías descritas anteriormente, pero para su edad. La cobertura para hijos finalizará el último día del mes en que se cumpla la edad límite.

Cómo realizar cambios de inscripción durante el año

Durante cada período de inscripción anual, tendrá la oportunidad de revisar sus elecciones de beneficios y realizar cambios para el siguiente año. Usted es responsable de revisar sus recibos de pago para asegurarse de que se están realizando las deducciones correctas de su pago y de notificar de inmediato al departamento de beneficios si cree que es necesario realizar una corrección.

Ciertas coberturas permiten cambios limitados en sus elecciones de beneficios durante el año. Estos beneficios incluyen el beneficio médico, odontológico y oftalmológico, cuenta de gastos flexibles, y seguro de vida y por incapacidad. Para estos beneficios, solo puede realizar cambios en sus elecciones durante el año si se produce un cambio en su estado.

Los cambios de estado incluyen:

- Cambio en el estado civil legal, incluidos matrimonio, divorcio, muerte de un cónyuge, separación legal o anulación
- Cambio en el número de hijos, incluido nacimiento, adopción, colocación en adopción o la muerte de un hijo
- Cambio en la situación laboral del empleado, cónyuge o dependiente, incluido el cese o comienzo del empleo, el comienzo o el regreso de una licencia sin goce de sueldo
- Cambio en el estado de elegibilidad de los dependientes, incluido cumplir la edad límite establecida para recibir los beneficios, el estado de estudiante o cualquier circunstancia similar

El cambio a sus elecciones de beneficios debe ser consistente con el cambio de estado. Tiene 30 días a partir de la fecha del cambio de estado para solicitar su cambio de inscripción en HCM y proporcionar la documentación de respaldo al departamento de beneficios. En la mayoría de los casos, su elección adquirirá vigencia el día del evento elegible. De lo contrario, debe esperar hasta el próximo período de inscripción anual en el otoño para realizar cambios en sus elecciones.

Seguro médico

Con la administración de Blue Cross Blue Shield of Illinois

Hub Group ofrece cobertura médica a través de la red Blue Card de la Organización de Proveedores Participantes (PPO) de Blue Cross Blue Shield of Illinois (BCBSIL). BCBSIL decidirá sobre sus reclamaciones de salud y le ofrece una de las más grandes redes de proveedores de médicos y hospitales, lo que le brinda disponibilidad para recibir los mayores descuentos en sus gastos de atención médica.

Tiene dos (2) planes médicos PPO para elegir. Para encontrar el médico o el hospital de la red más cercanos, visite www.bcbsil.com y haga clic en "Find a Doctor" (Buscar un médico). En "Network" (Red), seleccione "Participating Provider Organization (PPO)" (Organización de Proveedores Participantes (PPO)).

Para obtener más información, consulte los documentos de resumen de beneficios, incluidas las tarifas, en línea en HubGroupWarehouse.MyBenefitsLibrary.com en la sección "Hub Group Benefits Enrollment Information" (información de inscripción a los beneficios de Hub Group).

Comparaciones de beneficios médicos				
Beneficios	Plan PPO \$4,000		Plan PPO \$5,000	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual	<i>Deducible integrado</i>		<i>Deducible integrado</i>	
Individual	\$4,000	\$8,000	\$5,000	\$10,000
Familiar	\$8,000	\$16,000	\$10,000	\$20,000
Admisión hospitalaria	N/C	N/C	N/C	N/C
Coseguro	20 % después del deducible	40 % después del deducible	20 % después del deducible	40 % después del deducible
Monto máximo anual de gastos médicos de su bolsillo				
Individual	\$5,550	\$11,100	\$5,850	\$11,700
Familiar	\$11,100	\$22,200	\$11,700	\$23,400
Coseguro				
Visita preventiva	\$0	40 % después del deducible	\$0	40 % después del deducible
Visita al consultorio del médico	\$30 de copago	40 % después del deducible	\$30 de copago	40 % después del deducible
Visita a MDLIVE	\$30 de copago	Sin cobertura	\$30 de copago	Sin cobertura
Visita al consultorio de un especialista	\$50 de copago	40 % después del deducible	\$50 de copago	40 % después del deducible
Visita de atención de urgencia	\$50 de copago	40 % después del deducible	\$50 de copago	40 % después del deducible
Servicios de sala de emergencias	\$300 de copago por visita			
Persona hospitalizada	20 % después del deducible	40 % después del deducible	20 % después del deducible	40 % después del deducible
Paciente ambulatorio	20 % después del deducible	40 % después del deducible	20 % después del deducible	40 % después del deducible

La información anterior es solamente un resumen de los beneficios. No incluye todas las disposiciones, limitaciones y elegibilidad de los beneficios. Si esta información genera de alguna manera un conflicto con el contrato, prevalecerá este último. Para obtener más detalles, consulte el resumen de beneficios y cobertura.

Beneficios de farmacia

Beneficios	Plan PPO \$4,000		Plan PPO \$5,000	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Minorista (suministro para 34 días)				
Recetas Copago máximo de medicamentos (Individual/Familiar)	\$1,000/\$2,000	\$1,000/\$2,000	\$1,000/\$2,000	\$1,000/\$2,000
Medicamentos genéricos	\$20 de copago	\$20 de copago, más 25 %	\$20 de copago	\$20 de copago, más 25 %
Marca que está en el formulario Medicamentos	\$60 de copago	\$60 de copago, más 25 %	\$60 de copago	\$60 de copago, más 25 %
No incluido en el formulario Medicamentos de marca	\$105 de copago	\$105 de copago, más 25 %	\$105 de copago	\$105 de copago, más 25 %
Medicamentos especiales (Límite de 30 días)	ExpressScripts Accredo	Sin cobertura	ExpressScripts Accredo	Sin cobertura
Suministro para 90 días				
Medicamentos genéricos	\$40 de copago	Sin cobertura	\$40 de copago	Sin cobertura
Marca que está en el formulario Medicamentos	\$120 de copago	Sin cobertura	\$120 de copago	Sin cobertura
No incluido en el formulario Medicamentos de marca	\$210 de copago	Sin cobertura	\$210 de copago	Sin cobertura

90DayMyWay®

El programa 90DayMyWay con BCBSIL le permitirá ahorrar tiempo y dinero. Puede obtener su suministro de medicamentos de mantenimiento para 90 días a través una red de farmacias participantes minoristas y de servicio por correo. **Solo se permiten dos surtidos de 30 días en una farmacia minorista antes de que deba cambiar a un suministro de 90 días. De lo contrario, la receta no estará cubierta.** El monto que usted debe pagar dependerá de su plan específico de beneficios de atención médica y de si su medicamento es genérico, del formulario o de marca que no figura en el formulario. Si opta por un medicamento genérico o del formulario, podrá ahorrar dinero.

Cómo comprar un medicamento de mantenimiento en una farmacia minorista

Busque dentro del estado una farmacia minorista participante que tenga suministros para 90 días en www.MyPrime.com. Es posible que necesite una nueva receta para comprar un suministro de 90 días de sus medicamentos de mantenimiento en las farmacias minoristas participantes. Pregúntele a su farmacéutico si necesita una nueva receta.

Cómo comprar un medicamento de mantenimiento en una farmacia de servicio por correo

La opción de pedir por correo a través de Express Scripts® Pharmacy es una forma segura y conveniente de recibir sus medicamentos a largo plazo directamente en su puerta.

1. Ingrese a express-scripts.com/rx
2. Regístrese y cree un perfil
3. Verifique sus medicamentos activos y/o envíe su pedido de reposición.

Si aún no ha utilizado los pedidos por correo, también puede llamar al 833-715-0942 para comenzar.

Express Scripts Accredo Pharmacy

Si su médico le receta un medicamento específico, debe surtir la receta del medicamento específico a través de Express Scripts Accredo. Si elige obtener su medicamento especializado cubierto a través de cualquier farmacia participante que no sea a través del programa Express Scripts Accredo, estará sujeto a una reducción en los beneficios. En Express Scripts Accredo, los farmacéuticos con licencia procesan los pedidos y todos los medicamentos se envían en envases a prueba de manipulaciones y empaques simples. La entrega a domicilio puede ahorrarle tiempo y posiblemente dinero. Puede recibir suministros para 90 días y disfrutar de envío estándar y recordatorios de reposición de suministro. Puede recibir su pedido en cualquier lugar, ya que las entregas se realizan en todo Estados Unidos, por lo que puede obtener su medicamento incluso cuando no está en su casa.



En línea y móvil

Visite patient.accredo.com. Seleccione *¿Nuevo usuario? Regístrate ahora.* y siga las instrucciones para crear una cuenta



Teléfono

Llame al **833.721.1619**, 24/7 para crear una cuenta o transferir sus recetas actuales. Tenga a mano su tarjeta de identificación de miembro, la información de la receta y la información de contacto de su médico.



Médico

Una vez que haya creado una cuenta, puede pedirle a su médico que envíe su receta en forma electrónica a Express Scripts Accredo, o envíe una solicitud de receta por fax al 888-302-1028.

Programa de terapia escalonada

Bajo este programa, se requiere un enfoque de “escalones” para recibir cobertura para ciertos medicamentos de alto costo. Esto significa que, para recibir cobertura, es posible que deba probar primero un medicamento que sea seguro y rentable antes de usar un tratamiento más costoso, si fuera necesario. Recuerde, las decisiones de tratamiento siempre son entre usted y su médico.

Programa de autorización previa

El programa de autorización previa fomenta el uso de medicamentos de forma segura y rentable. El programa aplica a ciertos medicamentos de alto costo que pueden usarse indebidamente. Antes de que se puedan cubrir estos medicamentos, su médico deberá obtener la aprobación de BCBSIL. Si ya está tomando un medicamento que está incluido en el programa de autorización previa, o se lo recetaron, su médico puede enviar un formulario de solicitud de autorización previa para que su receta pueda considerarse para la cobertura. Ciertos medicamentos que son nuevos en el mercado también pueden requerir autorización previa. Su médico puede encontrar formularios de autorización previa en el sitio web del proveedor en www.bcbsil.com. Los médicos también pueden llamar al 800.285.9426 si tienen preguntas o para obtener un formulario.

Multa en la que el miembro paga la diferencia

La multa en la que el miembro paga la diferencia solo se aplica cuando su médico le receta un medicamento de marca no preferida y hay un medicamento genérico equivalente disponible. Usted pagará el copago/coseguro de marca no preferida, más la diferencia del costo entre el costo de marca y el costo genérico del medicamento. Esta multa también se aplica a las recetas que se entregan sin sustituciones.

Comprender sus opciones de cobertura con el

Beneficio de medicamentos recetados por los cuales el miembro paga la diferencia

Cuando hay un equivalente genérico disponible y usted solicita el medicamento de marca no preferida, es posible que pague más que el copago de marca no preferida. Usted pagará el monto del copago/coseguro de marca no preferida más la diferencia entre el costo minorista del medicamento de marca no preferida y su equivalente genérico.

Medicamento	Costo de marca	Costo genérico	Diferencia	Copago de marca no preferida	El miembro paga*
Medicamento recetado 1	\$100	\$24	\$76	\$105	\$100
Medicamento recetado 2	\$79.50	\$17	\$62.50	\$105	\$79.50

*Usted no pagará más que el costo de la marca no preferida.

Blue Access for Members (BAM)

BCBSIL en línea – www.bcbsil.com

El sitio web de BCBSIL es su guía en línea para obtener información sobre atención médica. En la página web de Blue Access for Members, puede iniciar sesión y hacer lo siguiente:

- ✓ Buscar un médico u hospital en su red
- ✓ Verificar el estado de una reclamación y su historial de reclamaciones
- ✓ Confirmar quién de su familia está cubierto por su plan
- ✓ Ver e imprimir la explicación de beneficios (EOB) para una reclamación
- ✓ Seleccionar la opción para dejar de recibir las EOB por correo
- ✓ Inscribirse para recibir alertas por correo electrónico sobre el estado de sus reclamaciones
- ✓ Solicitar una tarjeta de identificación de miembro nueva o de reemplazo o imprimir una tarjeta de identificación de miembro temporal
- ✓ Buscar y revisar el historial de resultados de procedimientos realizados en hospitales

Es fácil comenzar

1. Tenga a mano los números de identificación de su grupo y miembro; puede encontrarlos en su tarjeta de identificación de BCBSIL
2. Vaya a www.bcbsil.com
3. Haga clic en “Member Services” (Servicio al cliente)
4. Desplácese hacia abajo y haga clic en el botón “Register Now” (Inscribirse)
5. Siga las instrucciones para inscribirse, creando una identificación de usuario y contraseña para obtener acceso inmediato y seguro a su información personal

Cuando ingresa a Blue Access for Members, puede ver la información de sus reclamaciones y las de sus dependientes, si están inscritos en su plan médico de Hub Group, Inc.

MDLIVE

¡Las visitas virtuales al médico ahorran tiempo y dinero! BCBSIL ofrece a los empleados de Hub Group y dependientes cubiertos acceso a atención médica que no es de emergencia a través de MDLIVE. Puede hablar con un médico certificado por la junta inmediatamente o programar una cita para visitas telefónicas o virtuales. Si necesita una receta, se enviará una a una farmacia conveniente.

Los médicos de MDLIVE pueden ayudar a tratar las siguientes afecciones que no son de emergencia y más:

Atención médica para adultos

- Alergias
- Asma
- Náuseas
- Infecciones sinusales
- Resfriado/gripe

Atención médica pediátrica

- Resfriado/gripe
- Problemas de oídos
- Conjuntivitis

APLICACIÓN MOVIL

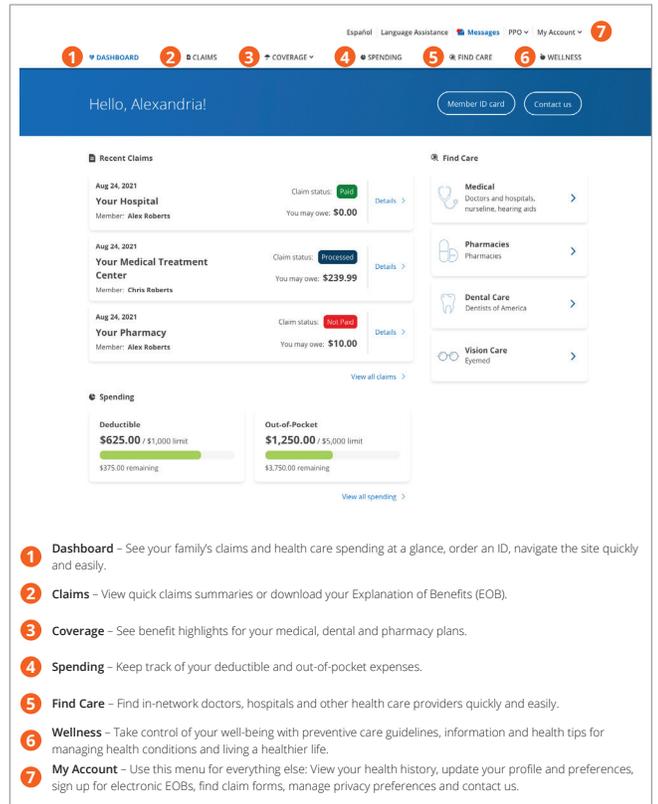
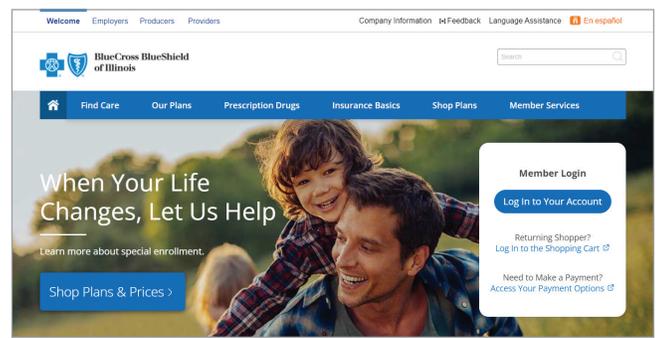
- ✓ Descargue la aplicación de la App StoreSM de Apple, de la tienda de Google PlayTM o de la tienda de Windows[®]
- ✓ Abra la aplicación y elija un médico
- ✓ Puede conversar con el médico por videochat desde su dispositivo móvil

TELÉFONO

- ✓ Llame a MDLIVE (888.676.4204)
- ✓ Hable con un especialista en servicios de salud
- ✓ Hable con un médico

SITIO WEB

- ✓ Visite el sitio web mdlive.com/bcbsil
- ✓ Elija un médico
- ✓ Puede conversar por videochat con el médico
- ✓ También puede acceder a través de Blue Access for MembersSM en www.bcbsil.com



Beneficios voluntarios de bienestar financiero

Con la administración de Lincoln Financial

Los beneficios voluntarios están diseñados para funcionar junto con su plan médico a fin de compensar los costos de desembolso personal; sin embargo, no es necesario que esté inscrito en el plan médico de Hub Group para elegir los beneficios voluntarios con Lincoln Financial. Estos programas protegen sus finanzas al pagarle un beneficio en efectivo para que lo use como desee y pueden pagar beneficios de forma adicional a cualquier beneficio que pueda proporcionar su plan médico. La cobertura está disponible para usted, su cónyuge e hijos. **Para obtener más información o para inscribirse en estas coberturas, programe una cita con un asesor de beneficios.**

Seguro de indemnización de hospital

Incluso con un seguro médico, una hospitalización puede resultar costosa rápidamente, ya que los gastos de bolsillo empiezan a acumularse. El seguro de indemnización por hospitalización puede reducir el estrés financiero y emocional que genera una estadía en el hospital, ya que le proporciona una suma de dinero en efectivo que usted puede utilizar de la manera que necesite, ya sea para gastos de deducibles, coseguro o incluso para cuidado infantil.

Características del plan:

- ✓ No se requiere historia clínica para emitir la cobertura
- ✓ Cobertura disponible para su cónyuge y dependientes elegibles
- ✓ **Renovación garantizada:** Su cobertura no puede cancelarse mientras pague sus primas al vencimiento
- ✓ **Completamente transferible:** Puede mantener su cobertura incluso si cambia de trabajo o se jubila



Beneficios voluntarios de bienestar financiero *Cont.*

Con la administración de Lincoln Financial

Seguro de accidentes

Un accidente de imprevisto puede ocasionar más que una lesión física, le puede perjudicar también la cuenta bancaria. El seguro de accidentes puede ayudar a cubrir los gastos de bolsillo asociados con los accidentes dentro y fuera del trabajo al pagarle un beneficio según las lesiones que sufra y el tratamiento que reciba. La cobertura aplica a eventos como conmociones cerebrales, dislocaciones, fracturas, fisioterapia y radiografías. Reciba un 25 % adicional en cada beneficio por lesiones sufridas por un hijo menor de 18 años en un deporte aprobado por la escuela o un deporte competitivo que requiera registro. Cada año que completa un examen de salud calificado, es elegible para un beneficio de examen de salud de \$50. Su cónyuge cubierto (si corresponde) también es elegible para recibir el beneficio.

Características del plan:

- ✓ No se requiere historia clínica para emitir la cobertura
- ✓ **Renovación garantizada:** Su cobertura no puede cancelarse mientras pague sus primas al vencimiento
- ✓ **Completamente transferible:** Puede mantener su cobertura incluso si cambia de trabajo o se jubila

Seguro por enfermedad grave

Nadie ahorra para casos de enfermedad, por lo que recibir el diagnóstico de una afección puede ser especialmente devastador, tanto emocional como económicamente. Esta póliza le brinda un beneficio en efectivo de una suma única en caso de que a usted o a un dependiente cubierto se le diagnostique una afección cubierta como cáncer, ataque cardíaco o accidente cerebrovascular. Esto lo ayuda a obtener protección financiera para que pueda centrarse en lo que realmente importa: recuperarse. También tiene la opción de seleccionar su nivel de cobertura para asegurarse de tener la protección adecuada para su familia. Cada año que completa un examen de salud calificado, es elegible para un beneficio de examen de salud de \$100. Su cónyuge cubierto (si corresponde) también es elegible para recibir el beneficio. Vea a continuación más información sobre los montos de emisión garantizada.

Características del plan:

- ✓ **Sin recargo por edad:** Sus tarifas nunca cambiarán debido a su edad
- ✓ **Completamente transferible:** Puede mantener su cobertura incluso si cambia de trabajo o se jubila
- ✓ **Renovación garantizada:** Su cobertura no puede cancelarse mientras pague sus primas al vencimiento
- ✓ **Sin reducción de beneficios:** Los beneficios nunca se reducen debido a la edad

Emisión garantizada e inscripción

Durante el período de inscripción de empleado nuevo, puede seleccionar el máximo del monto de emisión garantizada de \$30,000 para empleados, hasta \$15,000 para cónyuge y \$7,500 para cada hijo, si corresponde, sin responder preguntas médicas. La cobertura de cónyuge e hijos está limitada al 50 % del monto de la cobertura del empleado. **Programe una cita con un asesor para obtener más información sobre estos planes y los niveles de cobertura.**

Cuenta de gastos flexibles (FSA)

Con la administración de WEX Health

Hub Group ofrece dos tipos de FSA: FSA para atención médica y FSA para atención de dependientes. Puede administrar su cuenta en línea en www.wexinc.com.

El plan **FSA para atención médica** le permite ahorrar al reservar dinero para gastos de atención médica que no cubre su plan médico, ¡SIN IMPUESTOS!

La **FSA para atención de dependientes** le permite pagar los gastos de guardería de dependientes, ¡SIN IMPUESTOS!

No se retienen ingresos federales, ingresos estatales (en la mayoría de los casos) ni impuestos del Seguro Social por los dólares aportados a un plan FSA. Debido a que sus contribuciones se realizan antes de impuestos, el IRS requiere que los cambios a su elección solo se puedan realizar cuando tenga un cambio de estado aprobado y deben realizarse dentro de los 30 días posteriores al cambio de estado.

Cuenta de gastos flexibles para atención médica

Con su FSA para atención médica, puede utilizar dólares libres de impuestos para pagar los gastos médicos, odontológicos, oftalmológicos y de audición elegibles en los que incurran usted o un dependiente elegible si los gastos no están cubiertos por otros planes.

El monto máximo anual con el que puede contribuir a este plan es de \$2,850. El monto mínimo con el que puede contribuir al plan es de \$50. Puede usar la FSA para atención médica para pagar gastos relacionados con la atención médica, como:

- ✓ Copagos y coseguro
- ✓ Costo de los servicios elegibles por encima de los límites razonables y habituales o por encima de los límites de otros planes
- ✓ Otros gastos relacionados con la salud no cubiertos por otros planes que son elegibles para la reducción de impuestos por la Sección 213 del IRC. Puede encontrar una lista completa de los gastos elegibles de FSA para atención médica en irs.gov, publicación 502.

Disposición "Úselo o piérdalo"

El año del plan FSA (período inicial) es el último entre el 1 de enero o la fecha de vigencia de sus beneficios hasta el 31 de diciembre o su fecha de terminación. Todas las reclamaciones incurridas dentro del año del plan deben enviarse antes del 15 de marzo del año siguiente. Tiene 90 días a partir de la fecha de terminación para presentar los gastos admisibles realizados antes de la terminación. Cualquier saldo restante después de que se hayan procesado todas las reclamaciones se perderá. Planifique bien.

Cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes (para gastos como guardería)

Puede recibir un reembolso libre de impuestos de su FSA para el cuidado de dependientes por los gastos en los que incurra para el cuidado de dependientes elegibles, como guardería para niños. Usted y su cónyuge, si está casado, deben tener un empleo remunerado o asistir a la escuela a tiempo completo durante el período en que tengan dependientes elegibles para que los gastos califiquen para el reembolso.

La contribución anual máxima del IRS a una FSA para el cuidado de dependientes está limitada por hogar a \$5,000. Si está casado, la máxima contribución que pueden realizar usted y su cónyuge es un total de \$5,000. Si es soltero, la máxima contribución es de \$2,500. El monto mínimo anual con el que puede contribuir al plan es de \$50.

Los dependientes elegibles que califican para la FSA para el cuidado de dependientes son cualquier persona que se considere su dependiente en virtud del significado de la Sección 152 del IRC que cumple con los siguientes criterios:

- ✓ A medida que se realizan las deducciones de la nómina, los fondos para el cuidado de dependientes están disponibles para el reembolso desde su cuenta.
- ✓ Un dependiente menor de 13 años por quien tiene derecho a una deducción por impuestos sobre la renta
- ✓ Un cónyuge o dependiente que es física o mentalmente incapaz de cuidarse a sí mismo.

La FSA para el cuidado de dependientes **no** es para gastos médicos, odontológicos ni oftalmológicos de sus dependientes. Es estrictamente para el cuidado de sus dependientes mientras usted y su cónyuge están en el trabajo o asisten a la escuela a tiempo completo.

Seguro odontológico

Con la administración de MetLife

Hub Group ofrece un plan odontológico de PPO a través de MetLife. Con el plan odontológico de PPO, puede ir a cualquier dentista de su elección dentro de la red de PPO. Los dentistas de la red han aceptado una tarifa negociada y con descuento. Tiene la libertad de elegir un proveedor fuera de la red, pero sus costos de bolsillo serán más altos. Para encontrar un dentista dentro de la red, puede visitar: www.metlife.com/dental.

La tabla de la derecha resume las características fundamentales del plan. Consulte los documentos oficiales del plan para obtener detalles adicionales sobre la cobertura. Los empleados que residen en Louisiana, Mississippi, Montana, Nuevo México, Rhode Island, Texas o Utah pueden tener deducibles y coseguros fuera de la red ligeramente diferentes.

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red*
Deducible	Eximido por atención preventiva	
Individual	\$50	\$75
Familiar	\$150	\$225
Diagnóstico y atención preventiva		
Exámenes bucales de rutina	100 %	100 %
Limpiezas de rutina		
Tratamientos con fluoruro		
Servicios básicos		
Exámenes enfocados en problemas	80 %	70 %
Consultas		
Empastes		
Cirugía dental		
Cirugía periodontal		
Servicios especiales		
Puentes	50 %	40 %
Dentaduras postizas completas y parciales		
Coronas, incrustaciones inlay, incrustaciones onlay y servicios relacionados		
Ortodoncia para niños		
Ortodoncia para niños	50 %	50 %
Beneficio máximo		
Máximo por año calendario (Preventivo, básico y especial)	\$2,000	\$2,000
Ortodoncia de por vida	\$2,000	\$2,000

*Los gastos cubiertos no superarán el 90 % de las asignaciones habituales de la póliza.

La información anterior es solamente un resumen de los beneficios. No incluye todas las disposiciones, limitaciones y elegibilidad de los beneficios. Si esta información genera de alguna manera un conflicto con el contrato, prevalecerá este último.



Seguro oftalmológico

Con la administración de MetLife

Hub Group ofrece un plan odontológico voluntario. Un gran plan: dos redes para elegir. El Plan MetLife Vision le permite elegir entre Superior Vision y Davis Vision, ¡lo que facilita la búsqueda de un médico dentro de la red! Puede elegir un médico fuera de la red, pero recibirá importantes descuentos con un proveedor de la red. Tenga en cuenta que una vez que elija Superior o Davis, no podrá cambiar de red hasta la próxima inscripción anual.

Para encontrar un proveedor de la red, puede visitar: www.metlife.com/vision. La siguiente tabla resume las características fundamentales del plan.

Frecuencia de servicio - Redes de Superior Vision y Davis Vision		
Examen de la vista	Una vez cada 12 meses	
Lentes (para anteojos o lentes de contacto)	Una vez cada 12 meses	
Armazones	Una vez cada 24 meses	
Copago de examen	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen de la vista	\$10	
Copago de materiales		
Armazón y/o lentes estándar	\$25	
Lentes de contacto	\$25	\$0
Servicios cubiertos		
Exámenes de la vista	Cubierto en su totalidad después del copago del examen	Cubierto hasta \$59
Lentes monofocales	Cubierto en su totalidad después del copago de materiales	Cubierto hasta \$30
Lentes bifocales alineados	Cubierto en su totalidad después del copago de materiales	Cubierto hasta \$50
Lentes trifocales alineados	Cubierto en su totalidad después del copago de materiales	Cubierto hasta \$65
Lentes lenticulares	Cubierto en su totalidad después del copago de materiales	Cubierto hasta \$100
Armazones	Cubierto hasta \$180 o hasta \$205 en proveedores participantes	Cubierto hasta \$70
Lentes de contacto (optativos)	Cubierto hasta \$160	Cubierto hasta \$120
Lentes de contacto (medicamento necesarios)	Cubierto en su totalidad, no se aplica el copago por materiales	Cubierto hasta \$210

La información anterior es solamente un resumen de los beneficios. No incluye todas las disposiciones, limitaciones y elegibilidad de los beneficios. Si esta información genera de alguna manera un conflicto con el contrato, prevalecerá este último.

Proveedores de la red

Como puede elegir entre los 118,000 puntos de acceso de proveedores de Superior Vision y los 107,000 de Davis Vision, incluidos Costco, Walmart, Sam's Club y JC Penney, seguramente encontrará un proveedor dentro de la red a minutos de su hogar o de su lugar de trabajo. Mire a continuación algunos de los proveedores dentro de la red disponibles para usted en cada plan.

Proveedores de la red de Superior Vision		Proveedores de la red de Davis Vision	
Incluye los 50 principales minoristas, como... Costco Optical CVS Optical JC Penney Optical LensCrafters Macy's Optical Meijer Vision Center	Pearle Vision Sam's Club Site for Sore Eyes Target Optical Visionworks Walmart ¡Y muchos más! <i>Incluye una gran red de oftalmólogos y optometristas de práctica privada</i>	America's Best Clarkson Eyecare Costco Optical CVS Optical Eyeglass World JC Penney Optical Meijer Optical National Vision	Sam's Club Walmart Vision Centers ¡Y muchos más! Minoristas en línea Glasses.com 1 800 Contacts Befitting

Seguro de vida básico y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) - Patrocinado por Hub Group

Con la administración de Lincoln Financial

El seguro de vida ayuda a brindar estabilidad financiera y protección a su familia en caso de fallecimiento. Usted tiene acceso a una variedad de opciones de seguro de vida para asegurarse de tener la cantidad de cobertura que mejor se adapte a sus necesidades. Hub Group paga el seguro básico de vida y por AD&D, y se proporciona sin costo a todos los empleados elegibles para recibir los beneficios. El seguro complementario de vida y el seguro complementario por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) también está disponible para que usted compre una cobertura adicional. Los beneficios se pagan a su beneficiario, así que procure mantener actualizada su designación.

Seguro de vida básico y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)	Descripción general de los beneficios
Todos los empleados de Warehouse de tiempo completo	\$20,000
Cronograma de reducción por edad	A los 70 años, los beneficios se reducirán a un 35% del monto original. A los 75 años, los beneficios se reducirán un 15% adicional del monto original.

Seguro de vida complementario y por AD&D complementario

Con la administración de Lincoln Financial

El seguro de vida complementario y por AD&D complementario están disponibles además de su seguro de vida básico y por AD&D proporcionados por Hub Group. Puede comprar un seguro de vida para su cónyuge y sus dependientes solo si compra una cobertura de seguro de vida complementario para usted. Los beneficios se pagan a su beneficiario, así que procure mantener actualizada su designación.

Nivel	Monto del beneficio	Emisión garantizada
Seguro de vida y por AD&D complementario del empleado	1 a 5 veces los ingresos anuales redondeados al siguiente \$1,000 más alto	\$500,000
Seguro de vida complementario del cónyuge	50 % del monto del empleado, sin exceder \$50,000	\$50,000
Hijo(s)	Desde el nacimiento hasta los 20 años (desde el nacimiento hasta los 26 años, si no está casado) \$10,000	\$10,000
Cronograma de reducción por edad	A los 70 años, los beneficios se reducirán a un 35% del monto original. A los 75 años, los beneficios se reducirán un 15% adicional del monto original. Esto aplica a usted y a su cónyuge (si corresponde).	

Emisión garantizada

Durante el período de inscripción de empleado nuevo, puede seleccionar de 1 a 5 veces su salario anual básico hasta el máximo de la Emisión garantizada de \$500,000. Para su cónyuge, si corresponde, puede seleccionar hasta el máximo de la Emisión garantizada de \$50,000, sin exceder el 50% del monto seleccionado para usted. Cualquier monto por encima del de emisión garantizada requerirá que usted presente una evidencia de asegurabilidad para su revisión.

Opciones de transferencia y conversión

Si cesa su empleo con Hub Group o deja de cumplir con los requisitos de elegibilidad para la póliza de seguro de vida grupal a término, es posible que pueda transferir su cobertura a una de seguro de vida individual según las disposiciones de transferencia y/o conversión de la póliza. Puede obtener los formularios con más información sobre sus opciones en el departamento de beneficios y se debe presentar una solicitud por escrito dentro de los 31 días posteriores al cese de su empleo.

La información anterior es solamente un resumen de los beneficios. No incluye todas las disposiciones, limitaciones y elegibilidad de los beneficios. Si esta información genera de alguna manera un conflicto con el contrato, prevalecerá este último.

Seguro de vida con cuidados a largo plazo

Con la administración de Chubb

El seguro de vida con cuidados a largo plazo ofrece primas garantizadas para el seguro de vida y cobertura para gastos elegibles de cuidados a largo plazo, tales como residencias para adultos mayores, centros de asistencia y enfermería en el hogar. El seguro de vida proporciona dinero a su familia tras su fallecimiento, y mientras usted está vivo, si necesita atención médica domiciliaria, también ofrece centros de asistencia o atención de enfermería. Por aproximadamente la misma prima, el seguro de vida proporciona beneficios más altos que el seguro de vida completo y continúa hasta los 121 años. La cobertura está disponible para usted, su cónyuge e hijos. **Para obtener más información, o para inscribirse en esta cobertura, programe una cita con un asesor de beneficios.**

Características del plan:

- ✓ **Cuidado a largo plazo (LTC)** Si necesita un LTC, puede acceder a su beneficio por muerte en vida para recibir atención médica domiciliaria, atención en un centro de asistencia, atención diurna para adultos y atención en un hogar para adultos mayores. Obtiene el 4 % de su beneficio por muerte por mes en vida hasta por 25 meses para ayudar a pagar el LTC. Se eximen las primas de seguro mientras se paga este beneficio.
- ✓ **Extensión de beneficios** Extiende el beneficio mensual de atención a largo plazo por hasta 50 meses adicionales, después de que se haya utilizado el 100 % del beneficio base por muerte para recibir el LTC.
- ✓ **Beneficio por enfermedad terminal** Después de que su cobertura haya estado vigente durante dos años, puede recibir el 50 % de su beneficio por muerte, hasta \$100,000, si se le diagnostica una enfermedad terminal.

Emisión garantizada

Durante su período de inscripción de empleado nuevo, tiene a su disposición un máximo de Emisión garantizada para empleados de \$100,000, un máximo de Emisión garantizada para cónyuges de \$75,000 y un máximo de Emisión garantizada de \$25,000 para hijos con el Anexo de término para hijos sin responder preguntas médicas.



Seguro voluntario por incapacidad a corto plazo

Administrados por Lincoln Financial

El seguro voluntario por incapacidad a corto plazo brinda protección de ingresos en caso de que sufra una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo. El plan ofrece dos opciones, lo que permite entender mejor el monto del beneficio y le brinda la opción de elegir el que mejor se adapte a su situación individual. El monto del beneficio semanal que elija es el monto máximo de beneficio que se le pagaría en caso de que se apruebe su reclamación del beneficio por incapacidad a corto plazo. El monto del beneficio semanal que elija no puede exceder el monto de sus ingresos semanales. La siguiente tabla resume las características fundamentales del plan. Consulte los documentos oficiales del plan para obtener detalles adicionales sobre la cobertura.

Beneficio voluntario por incapacidad a corto plazo			
	Monto del beneficio semanal máximo	Período de eliminación	Duración máxima
Descripción general de los beneficios	Monto de beneficio semanal de \$300 o Monto de beneficio semanal de \$600	Período de eliminación de 7 días El beneficio se paga retroactivo al primer día de la incapacidad	13 semanas
Condición preexistente	Es posible que no sea elegible para los beneficios si ha recibido tratamiento para una afección dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de vigencia de esta póliza hasta que haya estado cubierto por la póliza durante 12 meses.		

La información anterior es solamente un resumen de los beneficios. No incluye todas las disposiciones, limitaciones y elegibilidad de los beneficios. Si esta información genera de alguna manera un conflicto con el contrato, prevalecerá este último.

Seguro voluntario por incapacidad a largo plazo

Con la administración de Lincoln Financial

El seguro por incapacidad a largo plazo le permite proteger sus ingresos si no puede trabajar debido a un accidente o enfermedad que se extiende más allá del período de eliminación. La siguiente tabla resume las características fundamentales del plan. Consulte los documentos oficiales del plan para obtener detalles adicionales sobre la cobertura.

Beneficio voluntario por incapacidad a largo plazo			
	Beneficio mensual	Período de eliminación	Beneficio mensual máximo
Porcentaje del beneficio	Elección de: 40 %, 50 % o 60 %	90 días	\$5,000
Período de ocupación propia	24 meses		
Duración del beneficio	24 meses		
Afección preexistente Exclusión	3/12: Se considera afección preexistente cuando ha recibido tratamiento médico, consulta, atención o servicios que incluyen diagnóstico, tratamiento o tomó medicamentos recetados en los 3 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia de la cobertura y la incapacidad comienza en los primeros 12 meses después de su fecha de vigencia de la cobertura.		

La información anterior es solamente un resumen de los beneficios. No incluye todas las disposiciones, limitaciones y elegibilidad de los beneficios. Si esta información genera de alguna manera un conflicto con el contrato, prevalecerá este último.

Plan legal de MetLife

Con la administración de MetLife

La cobertura legal le brinda acceso directo y sencillo a una red nacional de más de 18,000 abogados que ofrecen asesoramiento telefónico y consultas de oficina sobre diversas necesidades legales personales. **Para obtener más información o para inscribirse en esta cobertura, programe una cita con un asesor de beneficios.**

Ejemplos de servicios jurídicos cubiertos incluyen:

- ✓ Preparación de testamentos y fideicomisos
- ✓ Asuntos de bienes raíces
- ✓ Asuntos de deudas
- ✓ Protección al consumidor
- ✓ Preparación y revisión de documentos
- ✓ Asuntos de tránsito
- ✓ Asuntos de menores
- ✓ Divorcios y ley de familia

Programa de Asistencia al Empleado (EAP): GuidanceResources

Ofrecido por Lincoln Financial, administrado por ComPsych

Todo el mundo necesita ayuda a veces para resolver problemas. Su bienestar, productividad y felicidad dependen del equilibrio de su vida en el hogar y su vida en el trabajo. Hub Group reconoce que es difícil concentrarse en el trabajo cuando está preocupado(a) por los problemas en el hogar, y que no puede dedicar suficiente tiempo a usted y a su familia si se siente abrumado por las exigencias de su trabajo. Como empleado de Hub Group, su paquete de beneficios incluye el EAP sin costo alguno para usted.

¿Quién es elegible?

Usted y los miembros de su familia inmediata son elegibles para acceder a los servicios de GuidanceResources. Todos los servicios son confidenciales.

¿Cómo empiezo?

Para empezar, visite [GuidanceResources.com](https://www.guidanceresources.com), descargue la aplicación móvil GuidanceNow o llame al 888-628-4824.

Credenciales de acceso:

- Nombre de usuario: LFGSupport
- Contraseña: LFGSupport1

¿Qué experiencia y credenciales tendrán mis asesores?

Por teléfono: Cuando llame a la línea gratuita, hablará con un profesional experimentado que le brindará consejos, asesoramiento sobre la vida y el trabajo y referencias. Todos los asesores tienen títulos de maestría, con habilidades clínicas de base amplia y al menos tres años de experiencia en asesoramiento sobre una variedad de temas.

En persona: Para las sesiones en persona, se reunirá con un asesor acreditado y autorizado por el estado.

¿A qué servicios puedo acceder?

- ✓ Acceso ilimitado, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a los siguientes servicios en cualquier momento: en línea, en la aplicación móvil o con una llamada gratuita:
 - Información y referencias sobre asuntos familiares, como cuidado de niños y ancianos, cuidado de mascotas, planificación de vacaciones, mudanzas, compra de automóviles, planificación universitaria y más
 - Información legal y referencias para derecho familiar, planificación patrimonial, leyes del consumidor y derecho civil
 - Orientación financiera sobre presupuestos del hogar y planificación a corto y largo plazo
- ✓ Ayuda presencial para temas a corto plazo (hasta cinco sesiones con un asesor por persona, por tema, por año)
- ✓ Consultas en persona con abogados de la red, incluida una consulta en persona gratuita de 30 minutos por cada problema legal y 25 % de descuento en reuniones posteriores
- ✓ El asesoramiento de expertos y las herramientas de soporte están a solo un clic de distancia cuando visite [GuidanceResources.com](https://www.guidanceresources.com) o descargue la aplicación móvil GuidanceNow. Encontrará:
 - Artículos y tutoriales
 - Vídeos
 - Herramientas interactivas, incluidas calculadoras financieras, hojas de cálculo de presupuestos y más

Programa Member Rewards

Hub Group se complace en ofrecer el programa de recompensas Member Rewards. El costo de los servicios de calidad puede diferir en miles de dólares en su área por el mismo servicio y procedimiento médico. ¡Comparar el costo de los servicios y procedimientos médicos puede ahorrarle dinero en gastos de bolsillo y mantener dinero en su bolsillo!

BCBSIL ofrece Member Rewards, administrado por Sapphire. Member Rewards, combinado con Provider Finder, una base de datos nacional de proveedores de atención médica, pueden ayudarle con:

- ✓ Comparación de estándares de costo y calidad para numerosos procedimientos
- ✓ Ahorro y estimación de costos de bolsillo
- ✓ Considerar las decisiones de tratamiento con sus médicos
- ✓ Ganar dinero en efectivo mientras adquiere atención de calidad a bajo costo

Cuando su médico le recomiende un servicio o procedimiento, primero llame a un asesor de valor de beneficios para ver si tiene opciones, luego consulte el sitio web para ver si sus opciones ofrecen una recompensa en efectivo.

Member Rewards es simple.

1. Su médico recomienda un servicio o procedimiento médico.
2. Vaya a bcbsil.com y busque Provider Finder (Buscador de proveedores) para seleccionar su servicio o procedimiento médico entre los proveedores de la red. Después de seleccionar un proveedor de servicios, haga clic en el nombre del proveedor y se le proporcionará un código de proveedor. Ingrese su información personal junto con el código de proveedor para ser elegible para un incentivo en efectivo de Member Rewards.
3. Después de completar su servicio o procedimiento médico, Sapphire verificará el proveedor y la información del código que ingresó. Si seleccionó un Member Rewards elegible e ingresó el código de proveedor, recibirá un cheque dentro de 4 a 6 semanas.*

*Para declarar ingresos varios, recibirá un estado de cuenta anual de Sapphire. Si el monto de su recompensa anual excede los \$600.00, Sapphire lo informará en un formulario 1099 y lo enviará al IRS.

Well onTarget®

El portal de bienestar para miembros de Well onTarget en wellontarget.com le proporciona herramientas para ayudarlo a establecer y alcanzar sus metas de bienestar. El portal es fácil de usar, por lo que puede encontrar todo lo que necesita de forma rápida y sencilla.

Explore su mundo de bienestar

Cuando inicie sesión en su portal, encontrará una amplia variedad de recursos de salud y bienestar, que incluyen:

- Portal de bienestar para miembros Well onTarget
 - ✓ Evaluación de salud (HA)
 - ✓ Cursos autodirigidos
 - ✓ Monitores de salud
 - ✓ Contenido confiable de noticias y educación para la salud
 - ✓ Evaluación de salud (HA) de Onmyway

Asesor de valor de beneficios

Siempre es aconsejable ser un consumidor de atención médica informado, y el asesor de valor de beneficios (BVA) puede ayudarle a lograrlo! Puede considerar al BVA como un conserje del plan médico, disponible para guiarlo y acompañarlo en el proceso de decisiones de atención médica y ayudarle a examinar y sopesar todos los aspectos de las decisiones de atención médica, incluidos los costos. Llame a un BVA para obtener una visión general de su próximo procedimiento de imagenología (resonancia magnética, tomografía computarizada). Llamar a un BVA antes de programar su próximo procedimiento puede resultar en grandes ahorros para usted. Su BVA puede:

- Ayudar a comparar costos en diferentes proveedores
- Ayudar a programar su cita
- Ayudar con la precertificación
- Informarle sobre herramientas educativas en línea

¡Una llamada puede hacer que ahorre a lo grande! Llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro antes de su próximo procedimiento. Por ejemplo, el mismo procedimiento realizado en la misma área por diferentes proveedores puede variar en costo en casi \$2,000.

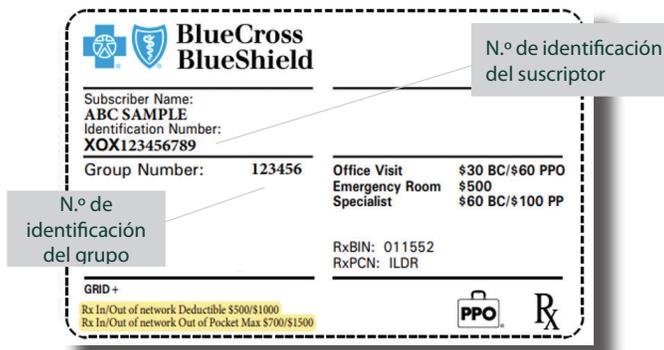
Comparación de costos para una resonancia magnética de rodilla

Proveedor A: \$547	Proveedor B: \$2,510
--------------------	----------------------

¿Qué es el programa de PPO BlueCard®?

La red de organizaciones de proveedores participantes (PPO) de Blue Cross and Blue Shield le brinda acceso a médicos y hospitales en casi todas partes. Lleve siempre consigo su tarjeta de identificación de BCBSIL, incluso cuando viaje. Siempre encontrará la atención que necesita. Más del 85 por ciento de todos los médicos y hospitales en los Estados Unidos tienen contrato con los planes de Blue Cross y Blue Shield. Fuera de los Estados Unidos, tiene acceso a médicos y hospitales en más de 200 países.

RECURSOS DE BCBSIL



Línea de enfermería 24/7: asistencia todo el día, con llamadas gratuitas 800.299.0274

La línea de enfermería 24/7 está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los profesionales de enfermería registrados pueden:

- ✓ Ayudarle a decidir si debe llamar a su médico, ir a la sala de emergencias o tratar el problema usted mismo
- ✓ Responder muchas de sus preguntas relacionadas con la salud
- ✓ Ayudarle a comprender su afección

¿Cuándo debería llamar? La línea de enfermería gratuita puede ayudarles a usted o a un familiar cubierto a obtener respuestas a preguntas sobre muchos temas relacionados con la salud, que incluyen:

- ✓ Asma, dolor de espalda o problemas de salud crónicos
- ✓ Mareos o fuertes dolores de cabeza
- ✓ Fiebre alta
- ✓ El llanto de un bebé sin parar
- ✓ Cortes o quemaduras
- ✓ Dolor de garganta

Centro de atención de urgencia o sala de emergencias independiente Conocer la diferencia puede ahorrarle dinero. Los centros de atención de urgencia y las salas de emergencia (ER) independientes pueden ser difíciles de diferenciar. Las salas de emergencia independientes a menudo se parecen mucho a los centros de atención de urgencia, pero los costos son más altos (es como ir a la sala de emergencias en un hospital). A continuación, se incluyen algunas formas de saber si se encuentra en una sala de emergencias independiente.

Salas de emergencia independientes:

- ✓ Parecen centros de atención de urgencia, pero incluyen EMERGENCIA en los nombres de los centros.
- ✓ Están abiertas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- ✓ Están físicamente separadas de un hospital.
- ✓ Cuentan con médicos de salas de emergencia.

Pestaña My Health (Mi salud)

Blue Access for Members (BAM) le brinda acceso inmediato en línea a información sobre salud y bienestar. La pestaña My Health presenta información sobre temas como:

- ✓ Dejar de fumar
- ✓ Diabetes
- ✓ Dolor de espalda
- ✓ Nutrición
- ✓ Aptitud física
- ✓ Obesidad

Programa de Bienestar de BCBSIL

A veces, el control de su salud requiere más que visitas al médico, pruebas de laboratorio y recetas. BCBSIL ofrece recursos para ayudarles a usted y a los miembros de su familia cubiertos a alcanzar sus metas de salud y bienestar. Algunos de estos recursos incluyen:

- ✓ **Salud conductual:** su plan de salud incluye beneficios de salud conductual para que usted y los miembros de su familia cubiertos puedan obtener el apoyo que puedan necesitar para problemas como: trastornos por uso de sustancias, ansiedad, estrés y depresión, trastornos por déficit de atención, trastorno bipolar, trastornos alimentarios, trastornos de pánico, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Los profesionales de la salud del comportamiento de BCBSIL están a su disposición para ayudarle a saber dónde y cómo obtener ayuda. Llame al Servicio al Cliente o al número de salud conductual que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro para comenzar.
- ✓ **Well onTarget** tiene cursos autoguiados sobre el embarazo que puede tomar en línea, que incluyen temas como alimentos saludables, cambios corporales y trabajo de parto. Visite wellontarget.com para explorar los cursos en línea.
- ✓ **Ovia Health:** aplicaciones para realizar un seguimiento de su ciclo, embarazo y crecimiento del bebé. Las aplicaciones proporcionan videos, consejos, coaching y más.
 - Ovia Fertility: Realice un seguimiento de su ciclo y pronostique cuándo es más probable quedar embarazada.
 - Ovia Pregnancy: Controle su embarazo y el crecimiento de su bebé antes de la fecha de parto.
 - Ovia Parenting: Manténgase al día con el crecimiento y los eventos importantes de su hijo desde el nacimiento hasta los tres años.

Descargue cualquiera de las aplicaciones de Ovia Health desde la App Store de Apple o Google Play. Durante el registro, asegúrese de elegir "Tengo Ovia Health como beneficio". Luego seleccione BCBSIL como su plan de salud e ingrese el nombre de su empleador.

El costo de sus beneficios

Tarifas médicas semanales		
Nivel	Plan PPO \$4,000	Plan PPO \$5,000
Empleado	\$35.67	\$28.67
Empleado + Cónyuge	\$163.40	\$151.60
Empleado + Hijo(s)	\$143.67	\$133.10
Empleado + Familia	\$230.36	\$217.36

Tarifas odontológicas semanales	
Nivel	Tarifas semanales
Empleado	\$2.70
Empleado + Cónyuge	\$5.36
Empleado + Hijo(s)	\$6.03
Empleado + Familia	\$7.36

Tarifas de visión semanales		
Nivel	Superior Vision	Davis Vision
Empleado	\$1.64	\$1.41
Empleado + Cónyuge	\$2.52	\$2.18
Empleado + Hijo(s)	\$2.58	\$2.22
Empleado + Familia	\$4.16	\$3.59

Tarifas semanales del seguro de vida y por AD&D complementario: empleado y cónyuge ^{**}		
Nivel	Edad	Tarifas semanales por cada \$1,000 de cobertura
Por \$1,000	<25	\$0.018
	25-29	\$0.018
	30-34	\$0.021
	35-39	\$0.026
	40-44	\$0.036
	45-49	\$0.067
	50-54	\$0.110
	55-59	\$0.154
	60-64	\$0.269
	65-69	\$0.474
	Más de 70	\$0.935
AD&D del empleado		\$0.0023
Hijos dependientes Una tarifa cubre a todos los hijos dependientes		\$0.049 \$10,000 de beneficio

^{**}Tenga en cuenta que las tarifas para cónyuges se calculan en función de la edad del empleado.

El costo de sus beneficios

El costo por período de pago depende de su edad. Consulte estas tablas para determinar su costo semanal del seguro por incapacidad a corto plazo y el costo semanal por incapacidad a largo plazo.

Tarifas semanales del seguro voluntario por incapacidad a corto plazo	
Edad	Tarifas semanales por cada \$10 de beneficio semanal
Menos de 25	\$0.098
25 a 29	\$0.098
30 a 34	\$0.098
35 a 39	\$0.098
40 a 44	\$0.103
45 a 49	\$0.120
50 a 54	\$0.142
55 a 59	\$0.186
60 a 64	\$0.228
65 a 69	\$0.259
Más de 70	\$0.311

Tarifas semanales del seguro voluntario por incapacidad a largo plazo	
Edad	Tarifas semanales por cada \$100 de beneficio mensual
Menos de 25	\$0.062
25 a 29	\$0.062
30 a 34	\$0.062
35 a 39	\$0.076
40 a 44	\$0.111
45 a 49	\$0.185
50 a 54	\$0.300
55 a 59	\$0.438
60 a 64	\$1.027
65 a 69	\$1.027
Más de 70	\$1.027



Términos importantes

Facturación del saldo:

Ocurre cuando los médicos u otros proveedores, hospitales o centros que no están contratados en su red de proveedores le facturan la diferencia entre el monto permitido por su plan y el cargo facturado real del proveedor.

Coseguro:

El coseguro de un plan define cuánto paga usted y cuánto paga el plan por los servicios cubiertos una vez que se alcanza el deducible. Por ejemplo, si el coseguro de un plan es 70 %/30 %, el plan paga el 70 % y usted paga el 30 %. Tenga en cuenta que, en la mayoría de los casos, debe alcanzar su deducible antes de que se aplique el coseguro del plan.

Copago:

Un copago es un monto predeterminado que debe pagar de su bolsillo a un proveedor participante. El copago se paga directamente al proveedor y se paga en el momento en que se prestan los servicios.

Deducible:

Un deducible es un monto específico que debe pagar antes de que el plan pague una reclamación. Para ciertos tipos de servicios, no se aplica el deducible y es posible que solo pague un copago en el momento de los servicios. Los copagos no aplican para alcanzar el deducible.

Deducible integrado:

El deducible individual está integrado en el monto del deducible familiar. Un individuo cubierto solamente contribuye el monto de su deducible individual para alcanzar el monto del deducible familiar. Ambos planes PPO incluyen un deducible integrado.

Exclusiones y limitaciones:

Condiciones o circunstancias específicas para las cuales una póliza o plan de seguro no proporcionará cobertura (exclusiones), o para las cuales la cobertura está específicamente limitada (limitaciones).

Emisión garantizada:

Algunos planes tienen emisión garantizada. La emisión garantizada generalmente se proporciona para el seguro de vida y por incapacidad durante la oferta de inscripción inicial o cuando usted elige los beneficios por primera vez tras la contratación. La emisión garantizada proporciona un monto específico de cobertura garantizada sin tener que recibir la aprobación de la suscripción.

Gasto máximo de bolsillo:

Esto es lo máximo que podría pagar durante un año calendario por su parte de los servicios cubiertos. Los deducibles y copagos cuentan para el desembolso máximo de su bolsillo, pero la facturación del saldo y los gastos no elegibles no lo hacen.

Precertificación:

Aprobación otorgada por un administrador de casos o un representante de la compañía de seguros para que una persona reciba ciertos servicios, como ingreso hospitalario para pacientes hospitalizados o cirugía ambulatoria. El objetivo es garantizar que las personas no estén expuestas a servicios de atención médica inadecuados o servicios que no sean médicamente necesarios.



Información de contacto

Consulte la información proporcionada a continuación cuando necesite comunicarse con uno de sus proveedores de beneficios.

Plan	Proveedor del plan	Número de teléfono	Sitio web
BCBSIL Medical/Rx TeleHealth	BCBSIL MDLIVE	1-800-828-3116 1-888-676-4204	www.bcbsil.com www.mdlive.com/bcbsil
Cuentas de Gastos Flexibles (FSA)	WEX Health	1-866-451-3399	www.wexinc.com
Plan odontológico	MetLife	1-800-942-0854	www.metlife.com/mybenefits
Plan oftalmológico	MetLife	1-833-393-5433	www.metlife.com/mybenefits
Seguro de vida básico y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)	Lincoln Financial	1-888-969-2495	www.lincolnfinancial.com
Seguro de vida complementario y por AD&D	Lincoln Financial	1-888-969-2495	www.lincolnfinancial.com
Seguro por incapacidad a corto plazo	Lincoln Financial	1-888-969-2495	www.lincolnfinancial.com
Seguro por incapacidad a largo plazo	Lincoln Financial	1-888-969-2495	www.lincolnfinancial.com
Seguro de vida	Chubb	1-855-241-9891	Correo electrónico a csmail@gotoservice.chubb.com
Seguro voluntario de indemnización por hospitalización*	Lincoln Financial	1-800-423-2765	www.lincolnfinancial.com
Seguro voluntario por accidentes*	Lincoln Financial	1-800-423-2765	www.lincolnfinancial.com
Seguro voluntario por enfermedades graves*	Lincoln Financial	1-800-423-2765	www.lincolnfinancial.com
Plan legal	MetLife	1-800-438-6388	www.legalplans.com
Programa de Asistencia al Empleado (EAP)	GuidanceResources	1-888-628-4824	www.GuidanceResources.com

*Para cancelar o cambiar su póliza de indemnización por hospitalización o seguro por accidente o enfermedad grave, comuníquese con EOI Service Company al 844-532-2237.

Avisos y divulgaciones importantes

Hub Group debe proporcionar avisos importantes a nuestros empleados todos los años. Estos avisos e informes se publican para su referencia en la biblioteca de beneficios en línea en HubGroupWarehouse.MyBenefitsLibrary.com. Si tiene alguna pregunta sobre estos avisos, comuníquese con el departamento de beneficios en benefits@hubgroup.com.

Esta guía resume las características fundamentales de los planes de beneficios de Hub Group. Si surge algún conflicto entre la información aquí proporcionada y las disposiciones de los planes, los términos de los documentos del plan u otros documentos aplicables serán válidos en todos los casos. Las disposiciones de los planes y la elegibilidad de la cobertura no constituyen un contrato de trabajo con ninguna persona. Los planes descritos en esta guía están sujetos a cambios a discreción de Hub Group.

Este documento es un resumen de la cobertura propuesta por el/los asegurador/es, con base en la información proporcionada por su empresa. No incluye todos los términos, cobertura, exclusiones, limitaciones y condiciones del idioma del contrato real. Las pólizas y los contratos en sí deben leerse para conocer esos detalles. Los formularios de la póliza para su referencia estarán disponibles cuando se soliciten. La intención de este documento es brindarle información general sobre el estado y/o posibles inquietudes relacionadas con su entorno actual de beneficios para empleados. No necesariamente aborda por completo todos sus problemas específicos. No debe interpretarse como, ni tiene la intención de proporcionar, asesoramiento legal. Las preguntas sobre cuestiones específicas deben ser abordadas por su asesor general o un abogado que se especialice en esta área de práctica.