



Empleados de
tiempo completo

GUÍA DE BENEFICIOS

CONTENIDO



BenefitsVIP*	3
Cobertura médica	4
Cobertura dental	7
Cobertura de visión	8
Cuentas FSA	9
Seguro de vida y por discapacidad	10
Programa EAP	11
Jubilación	12
Notas	13
Divulgaciones	14

Estimado colega de NOVA Parks:

NOVA Parks se preocupa por la salud y bienestar de usted y su familia, y hemos asumido el compromiso de brindarle un paquete integral de beneficios. Los invitamos a usted y a sus dependientes a familiarizarse con los recursos y proveedores que se detallan en esta guía de beneficios.

Como empleado activo de tiempo completo, usted reúne los requisitos para recibir una gran variedad de valiosos beneficios, como seguro médico, beneficios dentales y de visión, planes de gastos flexibles y un programa de ayuda para empleados. NOVA Parks también se complace en brindar seguro de vida, seguro por muerte y desmembramiento accidental (*accidental death and dismemberment*, AD&D), y seguro por discapacidad a corto y largo plazo pagados por el empleador, así como acceso a beneficios voluntarios opcionales pagados por el empleado que incluyen seguro de vida y seguro AD&D adicionales. Las primas para los beneficios médicos, dentales y de visión se deducen en forma quincenal, antes de impuestos, en 24 períodos de pago. En los meses en los que hay tres cheques de pago, las primas para beneficios médicos, dentales y de visión y, si corresponde, las primas de seguro de vida no se deducirán del tercer cheque.

Analice atentamente sus opciones de beneficios antes de hacer sus elecciones. Los beneficios que escoja entrarán en vigencia a partir de su fecha de elegibilidad hasta el final del año calendario, a menos que durante el año tenga un evento calificado según lo define el Servicio de Rentas Internas (IRS), como matrimonio, nacimiento, fallecimiento, etc. Es responsabilidad del empleado notificar a Recursos Humanos cualquier evento calificado que tenga lugar en el transcurso del año y que afecte su cobertura, en un plazo no mayor a 30 días luego de ocurrido el evento.



PROMOCIÓN

BenefitsVIP
Help starts here.

LA AYUDA COMIENZA AQUÍ

BenefitsVIP es un centro de contacto integral con gran capacidad de respuesta atendido por profesionales expertos. Su equipo dedicado de promotores de beneficios para el empleado está listo para ayudarlos a usted y a su familia a resolver problemas relacionados con sus beneficios de Kaiser, MetLife, Avēsis, Renaissance, BRI e INOVA EAP.

Para recibir un servicio confidencial y que responda a sus necesidades, comuníquese llamando al:

866.293.9736

De lunes a viernes

De 8:30 a.m. a 8:00 p.m. (hora del Este)

Fax: 856.996.2755

solutions@benefitsvip.com

RESPUESTAS A SUS PREGUNTAS AQUÍ

TOTALMENTE CONFIDENCIAL! Sus promotores dedicados de BenefitsVIP entienden sus planes de beneficios y pueden responder preguntas sobre beneficios y resolver reclamos y problemas de elegibilidad con rapidez. La mayoría de las consultas se resuelven en el mismo día, y todas las llamadas cumplen con las mejores prácticas de privacidad.

Tenga en cuenta que BenefitsVIP tiene capacidad limitada para responder preguntas e inquietudes referentes a los planes médicos de Cigna y los planes de visión de EyeMed.

BenefitsVIP.com



SITIO WEB

Manténgase informado con las últimas novedades de salud, herramientas biométricas, calculadoras e información en **benefitsvip.com**.

COBERTURA MÉDICA



PLANES DE CIGNA

NOVA Parks ofrece dos planes médicos administrados por Cigna. Estos planes ofrecen cobertura fuera de la red e incluyen beneficios de visión (pág.8). Para encontrar un médico, inicie sesión en www.mycigna.com.

COSEGURO

La parte que paga Cigna del costo de un servicio de salud cubierto, calculada como un porcentaje del monto permitido para el servicio. Usted paga el resto del coseguro, los copagos y cualquier deducible que adeude.



OAP CON COSEGURO DE 80%

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Médico de atención primaria	80%*	60%*
Atención de especialistas	80%*	60%*
Deducible anual	\$500 individual \$1,000 familiar	\$1,000 individual \$2,000 familiar
Máximo de gastos de bolsillo	\$3,000 individual \$6,000 familiar	\$6,000 individual \$12,000 familiar
Atención preventiva Atención preventiva de rutina Vacunas Mamografía, PAP, pruebas de PSA	100%	Hasta los 17 años de edad: 70% Adultos de 18 años y mayores: 70%*
Centro para hospitalización	80%*	60%*
Centro hospitalario de atención ambulatoria	80%*	60%*
Servicio profesional para pacientes ambulatorios	80%*	60%*
Atención quiropráctica	80%*	60%* ¹
Audífonos	80%* ²	80%* ²
Sala de emergencias	80%*	80%*
Centro de atención de urgencia	80%*	80%*
Tratamiento con hospitalización por abuso de sustancias y salud mental	80%*	60%*
Deducible anual por medicamentos recetados		\$75 individual \$150 familiar
Medicamentos recetados anuales Máximo de gastos de bolsillo		\$2,000 individual \$4,000 familiar
Medicamentos recetados Farmacia minorista 30 días de suministro	Medicamento genérico: \$7* Marca preferida: 80%* (máx. \$50) No preferida: 65%* (máx. \$100)	70%*
Medicamentos recetados Entrega a domicilio 90 días de suministro	Genéricos de mantenimiento: \$0* Genéricos no de mantenimiento: \$8* Marca preferida: 80%* (máx. \$100) No preferida: 65%* (máx. \$200)	No están cubiertos
CONTRIBUCIONES QUINCENALES	EMPLEADO	NOVA PARKS
Solo empleado	\$44.42	\$251.72
Empleado + cónyuge	\$155.19	\$465.58
Empleado + hijo(s)	\$140.76	\$422.27
Empleado + familia	\$222.05	\$666.15

* Después del deducible aplicable

¹ Máximo 12 visitas por año

² El beneficio máximo es \$3,000 cada 24 meses



COBERTURA MÉDICA



OAP CON COSEGURO DE 90%

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Médico de atención primaria	90%*	70%*
Atención de especialistas	90%*	70%*
Deducible anual	\$350 individual \$700 familiar	\$700 individual \$1,400 familiar
Máximo de gastos de bolsillo	\$2,500 individual \$5,000 familiar	\$5,000 individual \$10,000 familiar
Atención preventiva Atención preventiva de rutina Vacunas Mamografía, PAP, pruebas de PSA	100%	Hasta los 17 años de edad: 70% Adultos de 18 años y mayores: 70%*
Centro para hospitalización	90%*	70%*
Centro hospitalario de atención ambulatoria	90%*	70%*
Servicio profesional para pacientes ambulatorios	90%*	70%*
Atención quiropráctica	90%*	70%* ¹
Audífonos	90%* ²	90%* ²
Sala de emergencias	90%*	90%*
Centro de atención de urgencia	90%*	90%*
Tratamiento con hospitalización por abuso de sustancias y salud mental	90%*	70%*
Deducible anual por medicamentos recetados		\$75 individual \$150 familiar
Medicamentos recetados anuales Máximo de gastos de bolsillo		\$2,000 individual \$4,000 familiar
Medicamentos recetados Farmacia minorista 30 días de suministro	Medicamento genérico: \$7* Marca preferida: 80%* (máx. \$50) No preferida: 65%* (máx. \$100)	70%*
Medicamentos recetados Entrega a domicilio 90 días de suministro	Genéricos de mantenimiento: \$0* Genéricos no de mantenimiento: \$8* Marca preferida: 80%* (máx. \$100) No preferida: 65%* (máx. \$200)	No están cubiertos
CONTRIBUCIONES QUINCENALES	EMPLEADO	NOVA PARKS
Solo empleado	\$59.93	\$339.64
Empleado + cónyuge	\$209.49	\$628.48
Empleado + hijo(s)	\$189.89	\$569.67
Empleado + familia	\$299.62	\$898.87

MEDICAMENTOS RECETADOS DE CIGNA

Los medicamentos y suministros diabéticos son gratuitos para los participantes de todos los planes administrados por Cigna cuando la receta se surte a través de una farmacia con entrega a domicilio o en una farmacia minorista.

* Después del deducible aplicable

¹ Máximo 12 visitas por año

² El beneficio máximo es \$3,000 cada 24 meses

COBERTURA MÉDICA



PLANES DE SEGURO DE KAISER PERMANENTE

NOVA Parks ofrece dos planes de seguro de Kaiser Permanente: HMO Signature y HMO Select. Estos planes solo proporcionan cobertura dentro de la red; **no hay beneficios disponibles fuera de la red.**

El plan HMO Select tiene los mismos beneficios que el plan HMO Signature, pero ofrece una red más amplia de médicos para elegir. En otras palabras, el plan HMO Select no requiere que usted o sus dependientes se atiendan en un centro médico de Kaiser Permanente, mientras que el plan HMO Signature está basado en centros médicos de una organización de mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) local.

Visite www.kp.org o llame al 1.855.249.5018 para obtener una lista de proveedores de la red.



BENEFICIO	HMO SIGNATURE		HMO SELECT	
	SOLO DENTRO DE LA RED		SOLO DENTRO DE LA RED	
Médico de atención primaria	Copago de \$10 ¹		Copago de \$10 ¹	
Atención de especialistas	Copago de \$20		Copago de \$20	
Deducible anual	Ninguno		Ninguno	
Máximo de gastos de bolsillo	\$3,500 individual \$9,400 familiar		\$3,500 individual \$9,400 familiar	
Atención preventiva Atención preventiva de rutina Vacunas Mamografía, PAP, pruebas de PSA	Sin costo		Sin costo	
Centro para hospitalización	\$100 por admisión		\$100 por admisión	
Centro hospitalario de atención ambulatoria	\$50 por visita		\$50 por visita	
Servicio profesional para pacientes ambulatorios	Copago de \$50		Copago de \$50	
Atención quiropráctica	Sin cobertura		Sin cobertura	
Audífonos	Sin cobertura		Sin cobertura	
Sala de emergencias	Copago de \$50 ²		Copago de \$50 ²	
Centro de atención de urgencia	Copago de \$20		Copago de \$20	
TMJ, cirugía y tratamiento no quirúrgico Consultorio de un médico	Los costos del copago varían según la ubicación del servicio		Los costos del copago varían según la ubicación del servicio	
Tratamiento con hospitalización por abuso de sustancias y salud mental	\$100 por admisión ³		\$100 por admisión ³	
Deducible anual por medicamentos recetados	Ninguno		Ninguno	
Medicamentos recetados anuales Máximo de gastos de bolsillo	Combinado con la cobertura médica		Combinado con la cobertura médica	
Medicamentos recetados Farmacia de Kaiser 30 días de suministro	Medicamento genérico: \$10 Marca preferida: \$20 No preferida: Copago de \$35 Pedido por correo postal ⁴ : \$20/\$40/\$70		Medicamento genérico: \$10 Marca preferida: \$20 No preferida: \$35 Pedido por correo postal ⁴ : \$20/\$40/\$70	
Medicamentos recetados Farmacia de la comunidad 30 días de suministro	Medicamento genérico: \$20 Marca preferida: \$40 No preferida: \$55		Medicamento genérico: \$20 Marca preferida: \$40 No preferida: \$55	
CONTRIBUCIONES QUINCENALES	EMPLEADO	NOVA PARKS	EMPLEADO	NOVA PARKS
Solo empleado	\$40.20	\$227.83	\$41.98	\$237.91
Empleado + 1 dependiente	\$134.01	\$402.05	\$139.94	\$419.83
Empleado + familia	\$194.32	\$582.97	\$202.91	\$608.75

¹ Sin costo para niños menores de 5 años de edad

² Copago exento en caso de admisión

³ Paciente ambulatorio: \$10 por visita individual/\$5 por visita grupal

⁴ 90 días de suministro



COBERTURA DENTAL

PLAN CON DEDUCIBLE BAJO PLAN CON DEDUCIBLE ALTO

BENEFICIO	PLAN CON DEDUCIBLE BAJO		PLAN CON DEDUCIBLE ALTO	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible anual	Individual: \$50 Familiar: \$150	Individual: \$50 Familiar: \$150	Individual: \$50 Familiar: \$150	Individual: \$50 Familiar: \$150
Máximo anual	\$1,000		\$1,750	
Servicios preventivos y de diagnóstico Profilaxis (limpiezas, hasta 4 por año del plan), exámenes bucales, flúor tópico (hasta los 14 años de edad), aleta de mordida, radiografías	100%	60%	100%	80%
Servicios básicos Exámenes enfocados en problemas; empastes; extracciones; cirugía bucal; endodoncia; raspado dental, alisado radicular y cirugía periodontal; anestesia; reparaciones; selladores y mantenedores de espacio (hasta los 14 años de edad)	80%*	40%*	80%*	80%*
Servicios más avanzados Puentes y dentaduras postizas; coronas, incrustaciones intracoronarias (inlay), incrustaciones extracoronarias (onlay), implantes; consultas	50%*	10%*	50%*	50%*
Servicios de ortodoncia	No están cubiertos		No están cubiertos	
CONTRIBUCIONES QUINCENALES	EMPLEADO		EMPLEADO	
Solo empleado	\$17.13		\$23.61	
Empleado + 1 dependiente	\$35.03		\$48.07	
Empleado + familia	\$60.57		\$81.30	

* Después del deducible



METLIFE

NOVA Parks ofrece dos planes dentales de MetLife: el plan con deducible bajo y el plan con deducible alto. Para localizar un dentista, visite www.metlife.com/dental o llame al 1.800.275.4638.

Puede elegir un dentista dentro o fuera de la red. Sin embargo, si elige un dentista fuera de la red, es posible que sus gastos de bolsillo sean mayores. Antes de recibir el servicio, MetLife recomienda que solicite una estimación previa al tratamiento para los servicios que superen los \$300. Su dentista puede enviar una solicitud en línea a www.metdental.com o puede llamar al 1.877.MET.DDS9. Usted y su dentista recibirán una estimación del beneficio para la mayoría de los procedimientos mientras aún se encuentra en el consultorio.

¿TIENE ALGUNA PREGUNTA?

Llame a BenefitsVIP al 866.293.9736

COBERTURA DE VISIÓN



EYEMED

Si está inscrito en un plan de seguro de Cigna, el seguro de visión proporcionado por EyeMed está incluido. Tiene acceso a proveedores tales como Target Optical, LensCrafters, MyEyeDr, America's Best, Pearle Vision, JC Penney, o Sears Optical. Para encontrar un proveedor de servicios de visión o descuentos, visite www.eyemed.com.



KAISER PERMANENTE (KP)

Si sus dependientes son menores de 19 años y están inscritos en el plan de seguro de Kaiser Permanente que ofrece NOVA Parks, tienen beneficios de visión incluidos. Usted y sus dependientes mayores de 19 años de edad no tienen beneficios de visión incluidos en el plan, pero pueden reunir los requisitos para recibir un descuento en lentes y armazones de anteojos. Para más información, visite www.kp.org.



AVÈSIS

Para localizar proveedores de la red, llame al 800.828.9341 o visite www.avesis.com. Los miembros que utilicen un proveedor fuera de la red deberán pagarle al proveedor en forma completa al momento del servicio y enviar una reclamación a Avèsis para obtener un reembolso.



EYEMED

KP*

BENEFICIO			SOLO COBERTURA DE DEPENDIENTES Y DENTRO DE LA RED
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	
Examen oftalmológico	Sin costo	Reembolso de hasta \$40	Copago de \$10-20 ¹
Frecuencia Examen/armazones y lentes/lentes de contacto	12/12/12 meses		12/12/12 meses ^{2,3}
Armazones	Asignación de \$150 ⁴	Reembolso de hasta \$50	Sin costo ⁵
Lentes			
Monofocales	Sin costo	Reembolso de hasta \$50	Sin costo ⁵
Lentes bifocales	Sin costo	Reembolso de hasta \$75	Sin costo ⁵
Lentes trifocales	Sin costo	Reembolso de hasta \$100	Sin cobertura
Lentes de contacto			
Pruebas y seguimiento estándar	Copago de \$40	Sin cobertura	Sin cobertura
Pruebas y seguimiento prima	Descuento de 10%	Sin cobertura	Sin cobertura
Lentes convencionales	Asignación de \$150 ⁶	Reembolso de hasta \$140	Cubierto en su totalidad
Lentes desechables	Asignación de \$150	Reembolso de hasta \$140	Cubierto en su totalidad
Lentes médicamente necesarios ⁷	Sin costo	Reembolso de hasta \$225	Cubiertos en su totalidad

* Sin cobertura para 19 años de edad y más, descuentos disponibles
¹ Copago de \$10 para el optometrista/copago de \$20 para el oftalmólogo
² Armazones y lentes en lugar de lentes de contacto
³ Lentes de contacto en lugar de armazones y lentes

⁴ Descuentos disponibles
⁵ Se aplican algunas limitaciones
⁶ Descuentos disponibles
⁷ Los lentes médicamente necesarios requieren aprobación previa

AVESIS

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Examen oftalmológico	Copago de \$10	Reembolso de hasta \$35
Frecuencia Examen/lentes o lentes de contacto/armazones	12 /12 /24 meses	
Armazones	Asignación de \$120 ¹	Reembolso de hasta \$45
Lentes		
Monofocales	Copago de \$15	Reembolso de hasta \$25
Bifocales	Copago de \$15	Reembolso de hasta \$40
Trifocales	Copago de \$15	Reembolso de hasta \$50
Lentes de contacto²		
Pruebas y seguimiento estándar	Copago máximo de \$50	n/c
Lentes de contacto electivos	Asignación de \$110	Reembolso de hasta \$85
Lentes de contacto médicamente necesarios ³	Cubierto en su totalidad	Reembolso de hasta \$250

CONTRIBUCIONES QUINCENALES

EMPLEADO

Solo empleado	\$3.00
Empleado + cónyuge	\$5.66
Empleado + hijo(s)	\$6.17
Empleado + familia	\$7.94

¹ Descuento de hasta un 20% por encima de la asignación para armazones
² En lugar armazones o lentes

³ Se requiere autorización previa para lentes de contacto médicamente necesarios



CUENTAS FSA



¿QUÉ ES UNA CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES?

Una cuenta de gastos flexibles (FSA) le permite disponer de dólares libres de impuestos de su pago que se pueden utilizar para cubrir los gastos de atención médica que debe pagar de su bolsillo en los que hayan incurrido usted o sus dependientes, así como gastos de cuidado diurno de dependientes, durante todo el año.

GUARDE TODOS LOS RECIBOS

Debe guardar todos los recibos de las compras efectuadas con su tarjeta de débito de la FSA, si le proporcionaron una. Benefit Resources Inc. (BRI) puede pedirle que justifique las compras que haya realizado con la tarjeta de la FSA para atención médica.

PRESUPUESTE CORRECTAMENTE

Las cuentas de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés) son programas del tipo “se usan o se pierden”, lo que significa que si no utiliza todos los fondos que decide aportar a su FSA durante el año de vigencia del plan, perderá los fondos restantes. Por esta razón, es importante que presupueste correctamente y que use todos los fondos dentro del año del plan de la FSA. Con una FSA para atención médica, reunirá los requisitos para traspasar montos de hasta \$550 al siguiente año del plan. El único momento en que puede hacer un cambio en el monto de su contribución es durante la inscripción abierta o si experimenta un cambio calificado en su situación de conformidad con el IRS.

Las regulaciones impositivas del IRS exigen que los participantes hagan una nueva elección todos los años. En otras palabras, deberá completar un nuevo formulario de inscripción todos los años.

TIPO DE CUENTA	EJEMPLOS DE GASTOS ELEGIBLES	LÍMITES DE CONTRIBUCIÓN	ACCESO A LOS FONDOS	BENEFICIO ANTES DE IMPUESTOS
FSA para atención médica	<ul style="list-style-type: none"> •Deducibles del plan médico •La mayoría de los copagos de los seguros •Medicamentos recetados •Exámenes de la vista •Anteojos/lentes de contacto •Cirugía ocular láser •Atención dental •Ortodoncia (frenillos) 	La contribución máxima para 2021 es \$2,750 por año	Permite el acceso inmediato a todo el monto de la contribución desde el primer día del año del beneficio, antes de que se hayan efectuado todas las contribuciones programadas	<p>Ahorre entre un 20% y un 40% en sus gastos de atención médica</p> <p>Ahorro en compras no cubiertas por el seguro</p> <p>Reduzca su ingreso sujeto a impuestos</p>
FSA para cuidado de dependientes	<ul style="list-style-type: none"> •Guardería •Campamento de verano •Cuidado de personas mayores •Cuidado antes y después de la escuela 	La contribución máxima para 2021 es \$5,000 por año (\$2,500 si la persona está casada y presenta una declaración de impuestos separada de su cónyuge)	Podrá presentar reclamos hasta el monto acumulado en su cuenta desde el inicio del año hasta la fecha (Solo se le reembolsará en función de sus montos de contribución acumulados)	<p>Ahorre 20% - 40% en sus gastos de cuidado de dependientes</p> <p>Reduzca su ingreso sujeto a impuestos</p>

SEGURO DE VIDA Y POR DISCAPACIDAD



SEGURO DE VIDA A TÉRMINO Y SEGURO POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

La cobertura del seguro de vida proporciona una importante protección financiera para su familia en el caso de que usted fallezca. La cobertura de seguro por muerte y desmembramiento accidental (AD&D) brinda protección financiera en caso de fallecimiento o de pérdida de las manos, los pies y/o la visión debido a un accidente cubierto. NOVA Parks proporciona a todos los empleados activos de tiempo completo cobertura de seguro de vida a término y seguro AD&D a través de Renaissance. El monto del beneficio es su salario anual redondeado a la cifra de mil más cercana que no supere los \$100,000. Las reducciones de beneficios comienzan cuando el empleado llega a los 65 años de edad. NOVA Parks paga el costo completo de este beneficio.

SEGURO VOLUNTARIO DE VIDA A TÉRMINO Y SEGURO POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

Los empleados de tiempo completo reúnen los requisitos para comprar seguro de vida voluntario a través de Renaissance en incrementos de \$10,000, con un beneficio general de hasta cinco veces su salario anual o \$500,000, lo que sea menor. El seguro para el cónyuge está disponible en incrementos de \$5,000, hasta \$100,000. Los hijos dependientes para el cónyuge está disponible en incrementos de \$1,000, hasta \$10,000. Para montos de seguro que superen los \$100,000, el asegurado deberá someterse a una evaluación de riesgos médicos. Los costos asociados a solicitudes de registros o pruebas para la evaluación de riesgos médicos correrán a cargo del empleado. Las primas se basan en la edad del empleado y el monto de la cobertura elegida. Los empleados son responsables del 100% del costo de este beneficio.

DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

El seguro por discapacidad a corto plazo (STD, por sus siglas en inglés) está diseñado para proporcionar un reemplazo de los ingresos si usted queda discapacitado debido a un accidente o una enfermedad y no puede trabajar. NOVA Parks proporciona a todos los empleados activos de tiempo completo cobertura STD a través de Renaissance. El beneficio STD reemplaza el 60% de su salario bruto hasta un máximo de \$1,000 por semana. NOVA Parks paga el costo completo de este beneficio.

DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO

El seguro por discapacidad a largo plazo (LTD, por sus siglas en inglés) está diseñado para proporcionar un reemplazo de los ingresos si usted queda discapacitado debido a un accidente o una enfermedad prolongada y no puede trabajar. NOVA Parks proporciona a todos los empleados activos de tiempo completo cobertura LTD a través de Renaissance. El beneficio LTD reemplaza el 60% de su salario bruto hasta un máximo de \$5,000 por mes. NOVA Parks paga el costo completo de este beneficio.



PROGRAMA DE AYUDA PARA EMPLEADOS

El Programa de Ayuda para Empleados (EAP) es un servicio gratuito y confidencial de ayuda para empleados que ofrece soluciones prácticas del mundo real para ayudarlo a resolver problemas antes de que afecten de manera adversa su vida personal, su salud y su rendimiento laboral. Los empleados de tiempo completo y los miembros de su familia reúnen los requisitos para recibir servicios de EAP. EAP incluye:

- Asesoramiento confidencial

Los servicios de asesoramiento a corto plazo pueden ayudarlo a encontrar soluciones a problemas que varían desde frustraciones familiares o del lugar de trabajo hasta consumo de drogas o alcohol. Los asesores profesionales definen el problema, brindan apoyo y ofrecen orientación y derivaciones.

- Servicios legales

Una consulta gratuita de 30 minutos con un abogado de la red y un 25% de descuento en la tarifa por hora del abogado si elige conservarlo. Acceda a testamentos, directivas avanzadas y otros documentos legales en línea.

- Servicios financieros

Hable con un profesional financiero sin cargo sobre problemas tales como planificación de la jubilación, consolidación de deuda, financiamiento de la educación universitaria de un hijo, opciones de préstamos hipotecarios y muchas otras preocupaciones financieras. Las personas que llaman reciben hasta 60 minutos de consulta telefónica por problema. Hay información financiera, herramientas y calculadores disponibles en línea.

- Servicios de referencia para conciliación de la vida laboral y familiar

Los consejeros en conciliación de la vida laboral y familiar evaluarán sus necesidades, identificarán los recursos apropiados y sugerirán pautas para evaluar dichos recursos. Los consejeros pueden localizar recursos en diversas áreas, que incluyen cuidado de niños; cuidado de ancianos; robo de identidad; información sobre educación, salud y bienestar; servicios para mascotas y más.

- Recursos en línea

Un servicio web interactivo que brinda acceso las 24 horas a una extensa biblioteca de recursos y herramientas interactivas sobre conciliación de la vida laboral y familiar en todo el país.

Llame al 1.800.346.0110 o inicie sesión en www.inova.org/eap para obtener apoyo, referencias y recursos. Nombre de usuario: NVRPA
Contraseña: NVRPA

PROGRAMA DE AYUDA PARA EMPLEADOS

EAP EN MOVIMIENTO

iConnectYou es su aplicación del Programa de Ayuda para Empleados (EAP, por sus siglas en inglés) que lo conecta al instante con profesionales para recibir apoyo inmediato y ayuda para encontrar recursos para usted y su familia. Características de la aplicación:

- Llamadas
- Mensajería instantánea
- Video
- Concertar citas
- Su historial de aplicaciones
- Recursos y artículos de autoayuda
- Información de la cuenta

Para acceder a iConnectYou, descargue la aplicación del App Store (iPhone) o Google Play (Android) y regístrese con el código de acceso de iCY: 28185.

JUBILACIÓN



ELEGIBILIDAD PARA LA COMPENSACIÓN DIFERIDA

Los empleados reúnen los requisitos para inscribirse en cualquier momento. Puede realizar cambios a los montos que aporta en forma quincenal.

Cabe destacar que no tiene permitido pedir prestado ni retirar fondos de esta cuenta mientras esté empleado en NOVA Parks.

ELEGIBILIDAD PARA EL PLAN DE JUBILACIÓN

Los empleados de tiempo completo están automáticamente inscritos y cubiertos.

RETENCIONES OBLIGATORIAS DEL PLAN DE JUBILACIÓN

Los empleados aportan un 5% de su salario a través de 26 deducciones de nómina quincenales, antes de impuestos, por año calendario.

COMPENSACIÓN DIFERIDA

El Plan de Compensación Diferida de NOVA Parks es administrado por ICMA-RC. Este plan brinda a los empleados la oportunidad de ahorrar una parte de sus salarios para la jubilación antes de impuestos. El programa se rige por la Sección 457 del Código de Renta Interna y está diseñado para complementar el plan de jubilación con beneficios definidos de NOVA Parks. Todos los años se establece el límite de diferimiento anual, y algunos empleados reúnen los requisitos para efectuar contribuciones para ponerse al día. Si tiene preguntas sobre su cuenta o sus contribuciones para ponerse al día, comuníquese con Recursos Humanos o directamente con ICMA-RC en www.icmarc.org o al 1.800.669.7400.

PLAN DE JUBILACIÓN CON BENEFICIOS DEFINIDOS

El Plan de Jubilación con Beneficios Definidos de NOVA Parks es una anualidad anual (que se paga todos los meses) equivalente a la compensación final promedio del empleado multiplicada por la cantidad de años de servicio acreditable y el 1.9% o 2.1%.* Hay diversas formas de anualidad disponibles, que incluyen beneficios para el sobreviviente para jubilados casados. Hay opciones tanto para jubilación anticipada como para jubilación normal. Puede encontrar información detallada en el documento del Plan de jubilación.

* 1.9% para empleados contratados después del 1 de julio de 2002 y 2.1% para empleados contratados antes del 1 de julio de 2002.

SEGURO DE SALUD PARA JUBILADOS

Los jubilados que reúnen los requisitos pueden participar en el programa de seguro de salud. Los jubilados están sujetos a los mismos procedimientos y reglas que los empleados activos. El Plan de jubilación pagará una parte de la prima, sin superar el límite, según los años de servicio.



NOTAS

A large, light gray scroll-shaped area with rounded corners and a drop shadow, containing horizontal lines for writing notes.



DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN (HIPAA)

Si anteriormente ha rechazado su inscripción o la de sus dependientes (incluido su cónyuge) por la cobertura de otro plan de atención médica, puede inscribirse o inscribir a sus dependientes en este plan en el futuro, siempre que solicite la inscripción en un plazo de 30 días después de finalizada la otra cobertura. Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una colocación en adopción, puede inscribirse usted e inscribir a sus dependientes siempre que solicite la inscripción en un plazo de 30 días después del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación en adopción.

SIN GARANTÍAS SOBRE CONSECUENCIAS TRIBUTARIAS

Ni el Administrador ni la Compañía expresan ningún compromiso o garantía de que los montos pagados al empleado o para su beneficio dentro de cualquier plan serán excluidos del ingreso bruto del empleado considerado para el pago de impuestos federales o estatales sobre los ingresos, o que cualquier otro tratamiento de impuesto federal o estatal se aplicará al empleado o estará disponible para él. Los empleados deberán indemnizar y reembolsar a la Compañía en relación con cualquier responsabilidad en la que esta pueda incurrir por la no retención del impuesto sobre la renta federal o estatal o el impuesto del Seguro Social de dichos pagos o reembolsos.

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

Los planes de atención médica y los emisores de seguros, por lo general y según la legislación federal, no pueden restringir la duración de la estadía en un hospital relacionada al parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un alumbramiento normal o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal por lo general no prohíbe que el proveedor a cargo de la madre o el recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores de seguro médico no pueden, de conformidad con la legislación federal, solicitar que un proveedor obtenga la autorización del plan o del emisor para que se prescriba la duración de la estadía a no más de 48 horas (o 96 horas).

LEY DE MICHELLE

La Ley de Michelle permite a los estudiantes universitarios gravemente enfermos o lesionados continuar la cobertura bajo un plan médico grupal cuando deben abandonar los estudios a tiempo completo debido a su lesión o enfermedad y cuando de otra forma perderían su cobertura.

La continuación de la cobertura se aplica al permiso de

hijos dependientes para ausentarse (o cualquier otro cambio en la inscripción) de una institución educativa postsecundaria (universidad o institución de educación superior) a causa de una enfermedad o lesión grave mientras estén cubiertos bajo un plan médico. De lo contrario, esto podría hacer que el hijo pierda la condición de dependiente de conformidad con los términos del plan. La cobertura continuará hasta:

1. Un año a partir del inicio de la ausencia médicamente necesaria, o
2. La fecha en que la cobertura de otro modo terminaría conforme a los términos del plan de salud, lo que ocurra primero.

AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE DE LA PARTE D DE MEDICARE

Debe enviarse a los participantes y beneficiarios elegibles para la Parte D de Medicare un aviso por escrito en el que se les indique si la cantidad prevista de los reclamos pagados bajo la cobertura de medicamentos recetados de un plan médico grupal es al menos equivalente a la cantidad prevista de los reclamos pagados conforme al beneficio de medicamentos estándar en virtud de la Parte D de Medicare.

El aviso debe proporcionarse (1) antes del 15 de octubre de cada año; (2) antes del período de inscripción individual de la persona para la Parte D; (3) antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura para cualquier persona elegible en virtud de la Parte D que se inscriba en la cobertura de medicamentos recetados del empleador; (4) cuando el plan ya no proporcione cobertura de medicamentos o cuando la cobertura ya no sea acreditable, y (5) previa solicitud.

LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER DE 1998 (TAMBIÉN CONOCIDA COMO LEY DE JANET)

El 21 de octubre de 1998, el Congreso promulgó la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998. Tal como lo requiere esta ley, se debe proveer a todas las personas cubiertas un aviso anual de los beneficios obligatorios posteriores a una mastectomía. Sírvase revisar esta información cuidadosamente. Si su cónyuge está cubierto(a) conforme a un plan médico patrocinado por su empleador, asegúrese de que él o ella también tenga la oportunidad de revisar esta información. La Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 exige que todos los planes médicos grupales que proporcionen beneficios médicos y quirúrgicos para una mastectomía también proporcionen cobertura para:

- La reconstrucción del seno donde se realizó la mastectomía.
- Cualquier cirugía y reconstrucción necesaria del otro seno para conseguir una apariencia simétrica.
- Las prótesis y la cobertura de cualquier complicación en todas las etapas de la mastectomía, incluidos los linfedemas.

La ley establece que se proporcione la cobertura en consonancia con los demás beneficios que ofrece el plan. La cobertura puede estar sujeta a deducibles anuales y disposiciones de coseguro.

La ley prohíbe a cualquier plan de seguro médico grupal:

- Negar a un participante o beneficiario la elegibilidad para inscribirse o renovar la cobertura conforme al plan con el fin de eludir los requisitos de la ley.
- Penalizar, reducir o limitar el reembolso al proveedor tratante (p. ej. médico, hospital o clínica) o inducir (con dinero o de otro modo) al proveedor a proporcionar cuidados inconsistentes con la ley.

LEY DE REAUTORIZACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIPRA)

A partir del 1 de abril de 2009, los empleados y dependientes elegibles para recibir la cobertura pero que no se han inscrito tienen el derecho de elegir la cobertura durante el año de validez del plan bajo dos circunstancias:

- La cobertura estatal de Medicaid o del Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) del empleado o dependiente termina porque el individuo deja de ser elegible.
- El empleado o dependiente se convierte en elegible para recibir un subsidio de asistencia para pagar las primas de CHIP bajo el plan Medicaid o CHIP del estado.

Los empleados deben solicitar esta inscripción especial dentro de los 60 días después de perder la cobertura o dentro de un plazo de 60 días a partir del momento en que se establece la elegibilidad del subsidio para la prima.

LEY DE PARIDAD EN LA SALUD MENTAL E IGUALDAD EN LA ADICCIÓN DE 2008

Esta ley extiende los requisitos de paridad en la salud mental de la Ley de Seguridad de Ingresos de Empleados Jubilados, el Código de Rentas Internas y la Ley del Servicio de Salud Pública al imponer nuevos mandatos en los planes médicos grupales que proporcionen beneficios médicos y quirúrgicos y también beneficios de salud mental o trastornos por abuso de sustancias. Entre los nuevos requisitos, dichos planes (o la cobertura de seguro médico que se ofrece en relación con dichos planes) deben garantizar que los requisitos financieros que se aplican a los beneficios de salud mental o trastornos por abuso de sustancias no sean más restrictivos que los requisitos financieros predominantes que aplican esencialmente a todos los beneficios médicos y quirúrgicos que cubre el plan (o la cobertura), y que no existan requisitos separados de costos compartidos que se apliquen solamente a los beneficios de salud mental o trastornos por abuso de sustancias.

LEY ÓMNIBUS CONSOLIDADA DE RECONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA (COBRA)

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación



DIVULGACIONES

Presupuestaria de 1985 (COBRA, por sus siglas en inglés) exige que los empleadores que proveen cobertura médica a sus empleados ofrezcan dicha cobertura a los empleados y familiares cubiertos de manera temporal cuando haya habido un cambio en las circunstancias que de otra forma provocaría la pérdida de dicha cobertura [26 USC §4980B]. Este beneficio, conocido como “continuación de la cobertura,” aplica si, por ejemplo, un hijo dependiente se vuelve independiente, los cónyuges se divorcian o los empleados dejan el trabajo.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN EN VIRTUD DE LA LEY HIPAA

De conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés), su empleador reconoce su derecho a la privacidad en cuestiones relacionadas con la divulgación de información en relación con la salud. El Aviso de Prácticas de Privacidad (que se le proporciona cuando se inscribe en el plan de atención médica) detalla los pasos que su empleador ha tomado para garantizar la protección de su privacidad. Este aviso también explica sus derechos de conformidad con la HIPAA. Usted puede tener a su disposición una copia de este aviso en cualquier momento y sin costo alguno solicitándolo por medio de su departamento local de Recursos Humanos.

ORDEN CALIFICADA DE SOSTÉN MÉDICO DE UN NIÑO (QMCSO)

Es una orden para el sostén médico de un niño emitida en virtud de la ley del estado que crea o reconoce la existencia del derecho de un “beneficiario alterno” a recibir los beneficios para los que reúne los requisitos un participante o beneficiario bajo un plan médico grupal. El “beneficiario alterno” es cualquier hijo de un participante (incluido un hijo adoptado o puesto en adopción con un participante de un plan médico grupal) que la orden de sostén médico reconoce como beneficiario del derecho a la inscripción en un plan médico grupal al que esté afiliado dicho participante. Tras la recepción, es necesario que el administrador de un plan médico grupal establezca, en un período razonable, si califica una orden de sostén médico de un niño. En caso de que le notifiquen que debe proporcionar cobertura médica a un hijo dependiente como resultado de una decisión legal, usted puede obtener información de su empleador sobre las reglas para tratar de activar dicha cobertura. Estas reglas son proporcionadas sin costo alguno para usted y puede solicitarlas a su empleador en cualquier momento.

DERECHOS DE EXTENSIÓN DE COBERTURA CONFORME A LA LEY DE DERECHOS DE EMPLEO Y REEMPLAZO DE LOS SERVICIOS UNIFORMADOS (USERRA)

Si deja su trabajo para prestar servicio militar, tiene

derecho a elegir si continúa con la cobertura del plan de atención médica de su empleador para usted y sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) durante un máximo de 24 meses mientras presta servicio militar. Incluso si no elige continuar con la cobertura durante el servicio militar, tiene derecho a que se le reincorpore en el plan de atención médica de su empleador cuando vuelva a ser contratado; por lo general, sin ningún tipo de período de espera o exclusión por condiciones preexistentes, excepto por enfermedades o lesiones relacionadas con el tiempo que estuvo en servicio.

LEY DE NO DISCRIMINACIÓN POR INFORMACIÓN GENÉTICA (GINA)

En virtud de la ley GINA, se prohíbe ampliamente que los empleadores cubiertos discriminen a los empleados, personas o miembros por motivo de su “información genética” la cual se define ampliamente en la ley GINA y se refiere a (1) pruebas genéticas del individuo, (2) pruebas genéticas de los familiares del individuo, y (3) la manifestación de una enfermedad o un trastorno en familiares de dicho individuo. Conforme a la ley GINA, también se le prohíbe al empleador que solicite, requiera o adquiera la información genética de un empleado. Esta prohibición no se aplica a la información que se solicita o exige para cumplir los requisitos de certificación de las leyes de licencias médicas y familiares, o a la información que se obtiene de forma involuntaria por medio de consultas legales, por ejemplo, en virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (*Americans with Disabilities Act*), siempre que el empleador no utilice esta información de forma discriminatoria. En caso de que un empleador cubierto por la ley adquiera información genética ya sea de forma legal (o involuntaria), la información se debe guardar en un archivo por separado y tratarse como un expediente médico confidencial, y se puede divulgar a terceros solamente en circunstancias muy limitadas.

¿LOS HIJOS PUEDEN PERMANECER EN EL PLAN DE SUS PADRES HASTA LOS 26 AÑOS?

Si un plan cubre a los hijos, estos pueden agregarse a la póliza de seguro médico o mantenerse en ella hasta que cumplan 26 años.

Los hijos pueden formar parte de un plan o permanecer en él aunque:

- estén casados
- no vivan con sus padres
- vayan a la escuela
- no dependan financieramente de sus padres
- sean elegibles para inscribirse en el plan de su empleador

CÓMO OBTENER COBERTURA PARA HIJOS ADULTOS

Los hijos adultos pueden inscribirse durante el período de inscripción abierta de un plan o durante otras oportunidades de inscripción especiales. El empleador o la compañía de seguros puede brindar detalles. Los hijos menores de 26 años pueden inscribirse directamente en los nuevos planes del mercado. Asegúrese de incluir a su hijo adulto en la lista de personas que recibirán cobertura. ¿Tiene alguna pregunta? Llame al 1-800-318-2596 las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY: 1-855-889-4325).



Este resumen de beneficios presenta los aspectos más destacados del programa de beneficios disponible para los empleados. No es un documento legal y no será interpretado como una garantía de beneficios ni de empleo continuo. Todos los planes de beneficios se rigen por pólizas, contratos y documentos de planes maestros. Cualquier discrepancia entre la información proporcionada en este resumen y los términos reales de estas pólizas, contratos y documentos de planes se registrará por los términos de dichas pólizas, contratos y documentos de planes. Nuestra compañía se reserva el derecho de enmendar, suspender o finalizar cualquier plan de beneficios, en su totalidad o en parte, en cualquier momento. La autoridad para realizar dichos cambios recae en el Administrador del Plan.