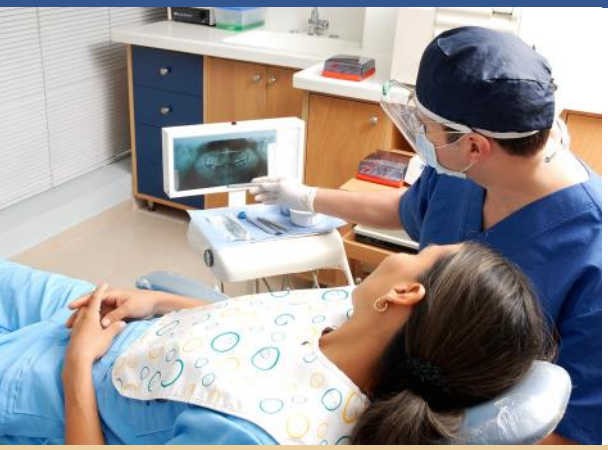
The PALACE

2018 - 2019 Guía de Beneficios



Tu Salud Tu Decisión

Bienvenido a su 2018-2019 Inscripción

Lo Que Está en La Guía?

Proceso de Inscripción.....3

Médico.....4

gap Plan.....5

Dental.....6

Visión.....7

Beneficios Voluntarios 8-10

Contactos Importantes.....11

Estamos complacidos en presentarle sus Opciones de Beneficios 2018-2019. Las elecciones que haga durante su inscripción será efectivas hasta el **31 de Enero, 2019.**

El Palace Group le ofrece a usted y a su familiares elegibles un programa de beneficios comprensivo y enriquecido. Le pedimos que tome tiempo para repasar las opciones de beneficios para poder elegir la mejor cobertura para usted y su familia.

Quien es elegible?

Empleados trabajando al menos 30 horas a la semana y sus dependientes elegibles.

Cuando Puedo Inscribirme?

Inscripción inicial de nuevos empleados e inscripcion abierta anual permite que empleados puedan inscribirse o realizar cambios en cualquiera de los planes sin un evento calificador.

Para realizar cambios fuera de su período de inscripción, hay que haber tenido un evento calificado como el nacimiento o adopción de un niño, cambio de estado civil, muerte, o pérdida de la cobertura sin culpa propia. Debe comunicarse con HR dentro de treinta y un (31) días del evento clasificatorio para que la cobertura sea efectiva.

Para detalles de los planes ofrecidos y mas información de el processo de como registrase en sus beneficios por favor visite:

http://www.explainmybenefits.com/palace

Proceso de Inscripción

The Palace Group proporciona la inscripción electrónica a través de explicar mis beneficios. Explicar mis beneficios proporciona a los empleados la capacidad de hacer elecciones de beneficio de seguro de grupo y cambios en línea durante la inscripción abierta annual, eventos de calificación y reorientación de alquiler.

Inscripción nunca ha sido tan fácil. Accesibles 24 horas al día, información acerca de su empleado beneficia opciones de elección, incluyendo primas y portador de la información de contacto, también están disponibles para ayudarle a tomar decisiones informadas.

Usted puede también entrar en el portal de explicar mis beneficios en cualquier momento para revisar sus beneficios, acceso a los enlaces de portadores, actualizar su información personal para usted y sus dependientes, actualización de sus beneficiarios y el proceso de calificación de eventos de la vida.

Cómo Inscribirse

Auto Servicio

- Visite www.explainmybenefits.com/palace, haga un clic donde dice “Acceso a Sus Beneficios” y haga su inscripción a su propio paso.
- Para iniciar sesión le va a necesitar tu SSN y nacimiento año

  Login ID de empleado: SSN# (ex. 123456789)

  Contraseña Pin: Año de Nacimiento (ex. 1980)
- Revisión de los resúmenes de guía y plan de beneficio publicada para ayudarle con sus decisiones de beneficio.
- Asegurese de hacer clic en “submit” al final del proceso y obtenga su numero de confirmación. Si usted no recibe un numero de confirmación usted no ha completado su inscripción y no estará inscrito para el año nuevo.
- Podrá regresar al sistema en cualquier momento y hacer un clic en su numero de confirmación para acceder las elecciones de el año siguiente.

Avisos

- Por favor de repasar la guía de beneficios 2018-2019 y detalles de cobertura antes de completar la inscripción.
- Este preparado y obtenga información de sus dependientes y beneficiarios (Numeros de Seguro Social y Fecha De Nacimiento)

Medical

*El deducible anual, de bolsillo y máximo beneficio límites se calculan sobre la base de un año civil.

Plan	United Healthcare ASO Choice Plus	
	En Red	Fuera de Red
Deducible Anual*		
Individual	$5,000	$25,000
Familia	$10,000	$50,000
Coseguro	60%	50%
Anual Máximo en Efectivo* (Incluye Deducible, Coseguros, Co-pagos y Rx)		
Individual	$6,350	$50,000
Familia	$12,700	$100,000
Cuidado Preventivo		
Visita de oficina	Cubertura 100%	50% después del deducible
Mamografía	Cubertura 100%	Cubertura 100%
Laboratorio, Radiografías, Examenes Preventivos	Cubertura 100%	50% después del deducible
Visita a Oficina de Doctor		
Medico Primario	$35 co-pago	50% después del deducible
Especialista	$55 co-pago	50% después del deducible
Laboratirio de diagnóstico & Imágenes de diagnóstico Servicios Ambulatorios en un Hospital r Centro Ambulatorio Centro de diagnóstico independiente	60% después del deducible $250 co-pago $80 co-pago	50% después del deducible
En Paciente y Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios, Atención de Urgencias & Ambulatoria		
Servicios de Admición	60% después del deducible	50% después del deducible
Cirugía Ambulatoria (Centro Ambulatorio)	$500 co-pago	50% después del deducible
Sala de Emergencias	$300 co-pago	$300 co-pago
Centro de Atención de urgencia	$50 co-pago	50% después del deducible
Prescripción		
Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Medicamentos de Especialidad	$20 $45 $85 20%	$20 $45 $85 20%
Pedido Postal (Receta de 90 días) Nivel 1 / Nivel 2 / Nivel 3	$50 / $112.50 / $212.50	No Cubiertos

Vaya a www.myuhc.com para localizar un proveedor. Tome nota de que su gasto en efectivo excedera si elige un proveedor fuera de la red.

****Dependientes hasta la edad de 26 años. La cobertura termina al final del mes en que el dependiente vuelve 26.*

Plan Medico gap

El plan de GAP le ayuda a compensar su gasto de bolsillo incluyendo el deducible, co-seguro, co-pagos, y servicios que no están cubiertos por su plan medico relacionados a hospitalización y servicios de cirugía ambulatorios. ***Esta poliza es portatil atravez de COBRA.***

Al elegir cualquiera de los planes medicos ofrecidos usted es automaticamente inscrito en el plan de GAP. ***Tambien podra añadir dependientes elegibles en el plan de GAP unicamente si estan inscritos en el plan medico de The Palace Group.***

Beneficios de Hospital	
Beneficios máximos de Hospital	$4,000 por persona por año de calendario. Máximo de $12,000 por año de calendario por todos los miembros cubiertos en el plan.
Beneficios en Hospital	Los beneficios incluyen confinamiento en hospital, ambulancia y en el hospital tratamiento para el trastorno mental o emocional (sujeto a un máximo de 30 días de tratamiento de trastorno mental o emocional por persona cubierta por año calendario). Todos los beneficios están sujetos al máximo de beneficio en el hospital.
Beneficios Ambulatorios	
Beneficios máximos Ambulatorios	$500 por persona cubierta por día de calendario para servicios ambulaorios cubiertos.
Benficios de Externa	Servicios ambulatorios cubiertos incluyen la sala de emergencias del hospital, centro de atención de urgencias, cirugía en un centro de atención ambulatoria del hospital o centro de cirugía ambulatoria independiente, las pruebas de diagnóstico en un centro de atención ambulatoria del hospital o instalaciones de resonancia magnética, terapia física, servicios de ambulancia y de instalaciones de tratamiento ambulatorio de trastorno mental o emocional (sujeto a un máximo de 30 días de tratamiento de trastorno mental o emocional por persona asegurada por año calendario). Todos los beneficios están sujetos al máximo beneficio de hospital.
Servicios Ambulatorios Cubiertos	
Sala de Emergencia de Hospital	Pagado hasta el máximo beneficio ambulatorio, sujeto a el deducible de la sala de emergencia por cada ocurrencia.
Facilidad de Atenciones de Urgencia	Pagado hasta el máximo beneficio ambulatorio, después de satisfacer todo los deducibles de servicios ambulatorios correspondientes asi como está escrito en la poliza.
Cirugía Ambulatoria	Cirugía ambulatoria en una facilidad de hospital ambulatorio o un centro de cirugía ambulatoria independiente. Pagado hasta el máximo de los beneficios ambulatorios, después de satisfacer todo los deducibles de servicios ambulatorios correspondientes asi como esta escrito en la poliza.
Examinacion de diagnóstico	Examinacion de diagnóstico en una facilidad de hospital ambulatorio o una facilidad de MRI. Pagado hasta el máximo e los beneficios ambulatorios, después de satisfacer todo los deducibles de servicios ambulatorios.
Facilidad de Terapia Física	Pagado hasta el máximo de los beneficios ambulatorios, después de satisfacer todo los deducibles de servicios ambulatorios correspondientes, asi como esta escrito en la poliza.
Tratamiento ambulatorio para Desordenes Mentales y Emocionales en una facilidad de Hospital Amblatoria	Máximo de 30 días de tratamiento por persona cubierta por año de calendario. Pagado hasta el máximo de los beneficios ambulatorios, después de satisfacer todo los deducibles de servicios ambulatorios correspondientes asi como esta escrito en la poliza.

Deducciones de Nomina Bimensuales	Empleado	Empleado & Esposo/a	Empleado & Niños	Familia
	$0.00	$17.04	$18.31	$35.35

Dental

La buena higiene oral ayuda a mejorar salud física, apariencia y el bienestar mental. Los problemas con los dientes y las encias son muy comúnes y pueden ser tratados facilmente. Mantenga sus dientes saludables y su sonrisa brillante con el plan dental de The Palace Group.

Plan	Cigna Dental HMO	Cigna Dental PPO		
	En Red		En Red	Fuera de Red
Deducible de Calendario Anual	Ninguno		$50 / $150	$50 / $150
Máximo Anual	N/A		$1,500	$1,500
Servicios Preventivos Examenes Orales, Limpiezas Rutinarias, Radiografías, Tratamiento de Floruro, Mantenedores de espacio	$5 cuota por visita	Servicios Preventivos Examenes Orales, Limpiezas Rutinarias, Radiografías, Tratamiento de Floruro, Mantenedores de espacio	100% Deducible No Aplicable	Usted Paga 20%
		Aplica un Deducible		
Servicios Basicos Solamente REllenos	Usted Paga $0	Servicios Basicos Rellnos, root canal, periodontal, Cirugía Oral, Arreglos	Usted Paga 20%	Usted Paga 40%
Servicios Mayores Coronas, puentes, dentaduras postiza, canal de raiz, cirugia oral, extracciones, servicios periodontales	Usted Paga $12 - $620	Servicios Mayores Coronas, dentaduras postizas, puentes, Encrustracion	Usted Paga 50%	Usted Paga 60%
Ortodoncia	No Cubierta	Ortodoncia Máximo: $1,000 Niños hasta edad 19	Usted Paga 50%	Usted Paga 60%

Deducciones de Nomina Bi-mensual	Plan	Empleado	Empleado+ 1 Dep.	Empleado + Familia
	DHMO	$8.12	$14.32	$21.23
	DPPO	$20.74	$36.34	$56.41

Vaya a **www.cigna.com** para localizar su proveedor en red. Por favor tome nota que su gasto en efectivo exceder si elige un plan fuera de la red.

******Dependientes hasta la edad de 26 años. La cobertura termina al final del mes en que el dependiente vuelve 26.***

*Cigna Dental le reembolsar por servicios recibidos por proveedores fuera de la red de acuerdo a el programa de tarifas contratado, pero el dentista puede facturar de acuerdo a su propias tarifas.

Visión

Examanes de los ojos no solo determinan la medicia correcta, pero tambien pueden detectar problemas generales de la salud temprano. La protección de los ojos debe ser una prioridad para todos. Ofrecido através de **EyeMed.**

Servicios de Visión	En Red	Fuera de Red
Examenes (cada 12 meses)	$10 Co-pago	Hasta $40 de reembolso
Marcos (cada 24 meses)	$0 Co-pago; $120 de concesión; 20% de descuento de el balance de $120	Hasta $84 reembolso
Lentes de Contacto Ajuste & Seguimiento Costo Regular Premium	 $40 10% de descuento	 N/A N/A
Lentes de Contacto (cada 12 meses)		
Convencional	$0 Co-pago $120 concesión, 15% de descuento del balance de $120	Hasta $120 de reembolso
Desechable	$0 Co-pago, $120 del balance en adición por encima de $120	Hasta $120 de reembolso
Médicamente Necesario	$0 Co-pago, Pagado en Completo	Hasta $120 de reembolso
Lentes Plasticos (cada 12 meses)		
Monofocales Bifocales Trifocales Lenticular Progresivo Progresivo Elevado Nivel 1 Progresivo Elevado Nivel 2 Progresivo Elevado Nivel 3 Progresivo Elevado Nivel 4	$25 Co-pago $25 Co-pago $25 Co-pago $25 Co-pago $90 Co-pago $110 Co-pago $120 Co-pago $135 Co-pago $90 Co-pago, Rebaja de 20% $120 de concesión	Hasta $30 de reembolso Hasta $50 de reembolso Hasta $70 de reembolso Hasta $70 de reembolso Hasta $50 de reembolso Hasta $50 de reembolso Hasta $50 de reembolso Hasta $50 de reembolso Hasta $50 de reembolso
Imagen Retinal	Hasta $39	N/A
Par de Lentes Adicionales	Rebaja de 40% y 15% de descuento en lentes convecionales	
Laser or PRK	Rebaja de 15% o rebaja de 5% de el precio promocional	
Cuidado de la Audición	Rebaja de 40% de examenes de audición y aparatos del oido	

Deducciones de Nomina Bimensual	Empleado	Empleado & Esposo/a	Empleado & Niños*	Familia*
	$2.81	$5.35	$5.63	$8.27

****Dependientes hasta la edad de 26 años. La cobertura termina al final del mes en que el dependiente vuelve 26.*

Beneficios Voluntarios

Que Son Beneficios Voluntarios?

Los beneficios voluntaries son ofrecidos con el propósito de reforzar su paquete de beneficios. Usted elige los beneficios basado en sus necesidades y asequibilidad. **Disponible para todos los empleados elegibles a tiempo completo.**

- Propiedad - Las coberturas son completamente poratiles y le pertencen a usted aun si se fuera del Palace Group, el precio y plan de beneficios permanecen igual.
- Los beneficios son deducidos de la nomina.
- ***Los beneficios en efectivo pagan directamente al empleado, no a el hospital o doctor.***
- ***Los beneficios son pagados sin importer que otra cobertura tenga.***
- Primas niveladas - Los precios no suben con la edad
- Renovación Garantizada
- Diseñado para proveer assitencia financiera adicional para ayudarle a cubrir gastos médicos en efectivo y otras facturas.

Los beneficios voluntarios ofrecidos son **Accidente, Cancer, Incapacidad a Corto Plazo, Indemnidad del Hospital y Vida a Termino através de Allstate.**

Allstate Accidente

El Seguro de Accidentes ayuda a pagar por gastos inesperados que resultan de un accidente.

- Cobertura dentro y fuera de el trabajo (24/7)
- Heridas relacionadas con deportes también están cubiertas.

El dinero se la paga directamente a usted (por favor de referirse al el resumen del plan):

- Gastos Médicos de Accidentes: $600
- Hospitlización: $2,000 admisión, $800 por día
- Examenes de Diagnóstico Mayor: $100
- Beneficios de UCI para Accidente: $1,600 por día
- Fracturas: hasta $8,000 EM/$4,000 ESP/$2,000 NIÑ
- Dislocación: hasta $8,000 EM/$4,000 ESP/$2,000 NIÑ
- Tratamiento de Seguimiento: $200 por día
- Beneficio de Bienestar: $50 por miembro/por año

Deducciones de Nomina Bimensual	Empleado	Empleado & Esposo/a	Empleado & Niños*	Familia*
	$7.26	$13.44	$12.30	$18.48

**Dependientes hasta la edad de 26. La cobertura termina al final del mes en que el dependiente vuelve 26.*

Beneficios Voluntarios

Allstate Plan de Cancer

El plan de Cancer paga un beneficio si usted es diagnosticado con Cancer. El plan le paga a usted directamente. Algunos beneficios pagan por día o por tratamiento, mientras otros reembolsan por el gasto obtenido. De cualquier manera, puede ser una ayuda financiera adicional cuando usted y su familia más lo necesiten!

Solo algunos ejemplos de beneficios includidos en el plan:

- Diagnóstico Incial - $3,000
- Hospitalización - $300 por día
- Cirugía - hasta $3,000
- Radiación y Quimioterapia - $10,000 por periodo de 12 meses
- Médula Osea y/o Célula Madre - $5,000 por periodo de 12 meses
- Tratamiento Nuevo/de Experimento - $5,000 por periodo de 12 meses

Un beneficio de su exámen anual esta incluido en su poliza y Allstate le pagara $100 por cada miembro asegurado. Cada persona cubierta tendrá el beneficio de un examen cada año de calendario.

Ejemplo de exámenes cubiertos:

- Mamografia
- Prueba de Papanicolaou
- Prueba de antígeno específico de la próstata
- Rayos X de el Pecho
- Prueba de Médula Osea

Deducciones de Nomina Bimensual	Empleado	Empleado & Esposo/a	Empleado & Niños*	Familia*
	$12.12	$20.38	$20.38	$20.38

Allstate Indemnización Hospitalaria

Indemnización hospitalaria es una poliza que paga una cantidad especifica por cada día que la persona cubierta este en el hospital y proporciona pagos por otras situtaciones medicas.

• **Beneficio de Primer día de Confinamiento** Paga el primer día que una persona cubierta está confinado a el hospital	$1,000 **Maximum:** 1 día por confinamiento/1 por año de calendario
• **Beneficio Diario de Hospital** Paga cada día que una persona cubierta esta confinada a el hospital	$200 per day **Maximum:** 30 días por confinamiento
• **Beneficio de Cuidado Intensivo** Paga cada día que una persona cubierta esta en la Unidad de Cuido Intensivo	$200 per day **Maximum:** 30 días por ano calendario
Beneficio de Cirugía y Anestesia	
• Cirugía de Paciente y Ambulatoria	$12.50 - $500, depende de la cirugia
• Anestesia	25% de el beneficio de cirugia

Deducciones de Nomina Bimensual	Empleado	Empleado & Esposo/a	Empleado & Niños*	Familia*
	$12.42	$32.11	$21.52	$35.04

Beneficios Voluntarios

Allstate Incapacidad a Corto Plazo

Como empleado de The Palace Group, usted puede inscribirse en la cobertura de incapacidad a corto plazo. La cobertura de incapacidad supplementa ganancias perdidas si usted no puede trabajar por una enfermedad, lesión o embarazo. La cobertura de incapacidad empieza depues de satisfacer el periodo de eliminación por una razón médica certificada. Los beneficios pagan hasta el periodo específico de duración.

Periodo de eliminación para enfermedad, accidente o embarazo: 7 días o 14 días

Máximo periodo de duración: 6 Meses

Beneficio Semanal: Lo menos de el 60% de su ingreso mensual hasta un máximo de $5,000

Condiciones Pre-Existentes: Cualquier condición por la que usted recibió tratamiento médico, consulta, cuidado, servicios incluyendo pruebas de diagnóstico, o tomo medicina recetada o sin receta en los ultimos 12 meses antes de la fecha effectiva de el plan no sera cubierto por los primeros 12 meses de la poliza.

Tarifas: Este beneficio us único para cada empleado. **La tarifa específica de su cobertura será calculada en el Sistema de inscripciones.**

Allstate Seguro de Vida a Termino

Usted no sabe lo que pueda pasar mañana, pero hay una manera en la que usted se puede asegurar que los suyos esten protegidos de lo inesperado. Comprar seguro de vida es una decisión que no debe esperar. Una decisión financiera prudente le puede aduyar a proteger su futuro y el de los suyos.

La cantidad de seguro de vida que usted necesita depende en su situacion especifica y la razón por la que esta comprando la cobertura.

- Niveles de Prima Garantizadas
- Cobertura de familia y individual disponibles
- Beneficio de muerte acelerado por enfermedades/condiciones terminales
- Portatil

Suscripción Especial en Offerta Inicial

Emisión Garantizada

$20 por semana hasta $150,000 (cualquiera que sea menos) - Empleado

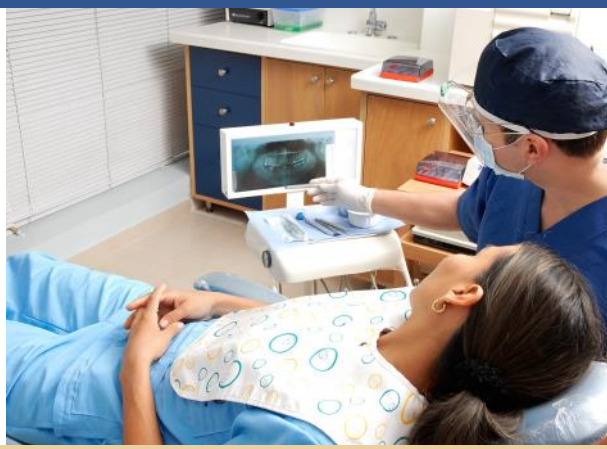
$8 por semana hasta $100,000 (cualquiera que sea menos) - Esposo/a

$20,000 - Niños

Tarifas: Este beneficio es único para cada empleado. **La tarifa especifica de su cobertura será calculada en el sistema de inscripciones.**

Contactos Importantes

Contacto	Número de Teléfono	Página de Internet
Médico United Healthcare	877-844-4999	www.myuhc.com
Plan de gap American Public Life	800-256-8606	www.ampublic.com
Dental Cigna	800-244-6224	www.mycigna.com
Visión Eyemed	866-939-3633	www.eyemedvisioncare.com
Beneficios Voluntarios Allstate	800-521-3535	www.allstateatwork.com
Ayuda con reclamos de Allstate Explain My Benefits	888-734-6937, Option 3	service@explainmybenefits.biz
Recursos Humanos Andrea Rodriguez Nancy Huynh	 305-270-7033 786-924-2641	 andrea@thepalaceus.com nancyh@thepalaceus.com



Descripción de Guia de Beneficios

Tome Nota: Esta guia provee información sobre el programa de beneficios The Palace Group. Información con mas detalles estará disponible en los documentos de los planes y contactos admisnistrativos. Los planes y polizas en esta guia no forman un contrato ni prometen cobertura de beneficios de ninguna clase y no debe ser interpretado como tal.