



Baden®



Guía de beneficios

Año del plan
1 de agosto de 2020 -
31 de julio de 2021





¡Bienvenido!

En Baden Sports, reconocemos que nuestro éxito final depende de nuestros talentosos y dedicados empleados. Nuestro objetivo es brindar un programa de beneficios integral que satisfaga sus necesidades y las de su familia. Es una de las muchas maneras en que reconocemos el valor de sus contribuciones. Esta guía está diseñada para ayudarlo a comprender los diversos beneficios disponibles de manera que pueda seleccionar la cobertura que mejor se adapte a sus necesidades.

Elegibilidad

¿Quién es elegible para los beneficios?

Todos los empleados activos de Baden Sports a tiempo completo que cumplan un horario regular de 30 horas o más de trabajo por semana. Los empleados temporales y a tiempo parcial no son elegibles. Si usted es elegible, su cobertura incluirá a su cónyuge legal e hijos dependientes hasta los 26 años. Consulte la Política de Elegibilidad de Dependientes en su paquete para obtener una descripción completa de los requisitos de elegibilidad de dependientes.

¿Cuándo comienza la cobertura?

La elegibilidad para la cobertura de salud está condicionada a la finalización de un período de orientación de empleo de un mes que comienza el primer día de trabajo del empleado. Después de completar el período de orientación, se aplica un período de carencia de 60 días. Un empleado es elegible para la cobertura a partir del primer día del mes que coincida o sea posterior al último día del período de carencia. Los dependientes elegibles pueden inscribirse en la cobertura al mismo tiempo que el empleado.

¿Puedo realizar cambios a mitad de año?

Si se inscribe en los beneficios, no podrá darles de baja ni modificarlos durante un año a menos que ocurra un cambio en su estado (por ejemplo matrimonio, divorcio, nacimiento o adopción de un hijo, cambio en el estado laboral, etc.). La modificación que se realiza en la inscripción debe estar en concordancia con el cambio del estado. Debe notificar a RR. HH. respecto de las modificaciones en los beneficios solicitados dentro de ciertos plazos. Si no solicita las modificaciones dentro del período de tiempo requerido, es posible que tenga que esperar hasta el próximo período de inscripción abierta para hacer las modificaciones. Consulte los Avisos Importantes en su paquete o SPD (Resumen del Plan) para obtener una lista de los casos que califican para los cambios de estado y los plazos para solicitar las modificaciones.

Lo que Tiene que Hacer

Este es su momento para inscribirse. Si no se inscribe ahora, deberá esperar hasta el próximo período de inscripción abierta de Baden Sports en julio de 2020.

Formulario de Autorización de Deducción de Nómina

Todos los empleados deben completar este formulario, incluso si desea renunciar a la cobertura o no desea realizar ningún cambio.

Formulario de inscripción de HMA

Complete este formulario si desea inscribirse por primera vez en los planes médicos, dentales, oftalmológicos y/o de medicamentos recetados o para realizar cambios.

Formulario de inscripción a FSA de HealthEquity/HMA

Complete este formulario si desea inscribirse en una FSA para atención médica y/o cuidado de dependientes. Debe completar el formulario cada año si desea renovar su inscripción.

Formulario de Verificación de Elegibilidad para Dependientes

Complete este formulario si desea inscribir nuevos dependientes en los planes.

Formulario de Inscripción para Seguro de Vida Opcional de Reliance Standard

Complete este formulario si desea adquirir un seguro de vida adicional para usted, su cónyuge y sus hijos. Si ya está inscrito en este plan se renovarán sus elecciones actuales, no es necesario que complete un nuevo formulario cada año.

Las siguientes páginas proporcionan una breve descripción de los planes ofrecidos por Baden Sports. Estos resúmenes de beneficios son solo para fines ilustrativos. Para obtener una descripción completa de los beneficios, consulte el Resumen del Plan (SPD). En caso de ambigüedad o conflicto entre este resumen y el SPD, prevalecerán las disposiciones del SPD.

Costo de la Cobertura

Baden Sports financia la mayor parte del costo de los planes de salud. Si se inscribe en un plan, estos montos se deducirán automáticamente antes de impuestos de cada cheque de pago (26 por año). El costo de su cobertura médica depende de si usted o su cónyuge consumen productos de tabaco. Un no consumidor de tabaco se define como aquella persona que no ha consumido productos de tabaco en los últimos seis meses. Baden Sports abona el 100 % del costo de su cobertura básica de vida, muerte accidental y por desmembramiento (AD&D).

Planes Médicos

Niveles de No Consumidores de Tabaco	Plan básico		Plan con Cobertura Adicional	
	Costo Mensual Total	Su Deducción por Cheque de Pago	Costo Mensual Total	Su Deducción por Cheque de Pago
Solo para el empleado	\$481.70	\$33.21	\$497.07	\$41.16
Empleado y cónyuge	\$1,032.89	\$218.02	\$1,065.85	\$235.08
Empleado e hijos	\$802.16	\$145.48	\$827.77	\$158.72
Empleado, cónyuge e hijos	\$1,435.18	\$296.76	\$1,480.97	\$320.47
Niveles de Consumidores de Tabaco*				
Solo para el Empleado (Consumidor)	\$481.70	\$92.00	\$497.07	\$99.96
Empleado y cónyuge (Ambos Consumidores)	\$1,032.89	\$387.30	\$1,065.85	\$404.35
Empleado (consumidor) y cónyuge (no consumidor)	\$1,032.89	\$286.33	\$1,065.85	\$303.39
Empleado (no consumidor) y cónyuge (consumidor)	\$1,032.89	\$340.58	\$1,065.85	\$357.64
Empleado (consumidor) e hijos	\$802.16	\$216.81	\$827.77	\$230.05
Empleado (consumidor), cónyuge (no consumidor) e hijos	\$1,435.18	\$388.69	\$1,480.97	\$412.39
Empleado (no consumidor), cónyuge (consumidor) e hijos	\$1,435.18	\$438.42	\$1,480.97	\$462.12
Empleado (consumidor), cónyuge (consumidor) e hijos	\$1,435.18	\$489.65	\$1,480.97	\$513.35

Plan dental

Niveles	Costo Mensual Total	Su Deducción por Cheque de Pago
Solo para el empleado	\$45.23	\$ 2.31
Empleado y cónyuge	\$92.27	\$ 13.38
Empleado e hijos	\$97.18	\$ 11.54
Empleado, cónyuge e hijos	\$157.52	\$ 22.62

Plan Oftalmológico

Niveles	Costo Mensual Total	Su Deducción por Cheque de Pago
Solo para el empleado	\$6.65	\$ 0.92
Empleado y cónyuge	\$14.25	\$ 1.85
Empleado e hijos	\$11.07	\$ 1.85
Empleado, cónyuge e hijos	\$19.79	\$ 3.69

* Su plan médico se compromete a ayudarlo a lograr su mejor estado de salud. Las recompensas por participar en un programa de bienestar están disponibles para todos los empleados. Si cree que no puede cumplir con un estándar para obtener una recompensa de acuerdo con este programa de bienestar, podría reunir los requisitos necesarios para obtener la misma recompensa por medios diferentes (por ejemplo, completar un programa para dejar de consumir tabaco cubierto por el plan médico de HMA). Comuníquese con nosotros al (253) 883-5112 y trabajaremos con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar que ofrezca la misma recompensa adecuada para usted en función de su estado de salud.

Planes Médicos y de Medicamentos Recetados

Ofrecemos dos planes integrales médicos y de medicamentos recetados a través de HMA. HMA es nuestro administrador independiente, lo que significa que procesa nuestros reclamos y brinda a los miembros acceso a una red de proveedores y establecimientos. Los miembros de WA, OR, ID y UT pueden acceder a los proveedores preferidos de HMA (en la red Regence Blue Shield). Los miembros que no se encuentran en esos estados pueden acceder a la red nacional de PHCS. Puede solicitar los servicios de cualquier proveedor con licencia, pero tendrá menos gastos de bolsillo si se atiende con un proveedor preferido.

	Plan Básico (Nuevo)		
	Proveedores Preferidos (WA, OR, ID y UT solamente)	Proveedores Participantes	Proveedores Fuera de la Red
Deducible Por año calendario	\$ 2,000 por persona \$ 4,000 por familia	\$ 2,000 por persona \$ 4,000 por familia	\$ 4,000 por persona \$ 8,000 por familia
Máximo Gasto Médico de Bolsillo Por año calendario (incluye deducible y copagos)	\$ 4,500 por persona \$ 9,000 por familia (combinación de servicios preferidos y participantes)		\$ 9,000 por persona \$ 18,000 por familia
Servicios Médicos			
Cuidado Preventivo	Cubierto al 100 % (sin deducible)		No cubierto
Visitas al Consultorio de Atención Primaria Práctica general, medicina familiar, internistas, obstetras/ ginecólogos, pediatras, auxiliares médicos, enfermera titulada, partera, doctores de medicina osteopática.	Copago de \$ 35 (sin deducible)	Copago de \$ 35, luego el plan paga el 50 % y usted paga el remanente	
Visitas de Atención Virtual de MDLive Cubiertas solo con proveedores de MDLive	Copago de \$ 10 (sin deducible)		
Visita al Consultorio de un Especialista	Copago de \$ 50 (sin deducible)	Copago de \$ 50, luego el plan paga el 50 % y usted paga el remanente	
Atención de Urgencia	Copago de \$ 60; luego el plan paga el 100 % (sin deducible)		
Servicios de la Sala de Emergencias No se aplica el copago si fue admitido como paciente hospitalizado o estuvo involucrado en un accidente, y si recibió los servicios en los 2 días siguientes	Copago de \$ 250; luego el plan paga el 80 % y usted paga el remanente		
Traslado en Ambulancia Aéreo y terrestre	El plan paga el 80 %, usted paga el 20 %		
Laboratorio/Radiografías de Diagnóstico	El plan paga el 80 %, usted paga el 20 %		
Servicios Hospitalarios	El plan paga el 80 %, usted paga el 20 %	El plan paga el 50 %, usted paga el 50 %	
Terapia de Masajes y Quiropráctica Limitada a 12 visitas por año calendario (combinadas)	El plan paga el 80 %, usted paga el 20 %	El plan paga el 50 %, usted paga el 50 %	
Equipo Médico Duradero Se requiere autorización previa para DME superior a \$ 2,000	El plan paga el 80 %, usted paga el 20 %	El plan paga el 50 %, usted paga el 50 %	
Servicios Ambulatorios de Salud Mental y Abuso de Sustancias	Copago de \$ 35 (sin deducible)	Copago de \$ 35, luego el plan paga el 50 % y usted paga el remanente	
Medicamentos con Receta Médica			
Máximo Gasto de Bolsillo en Farmacia	\$ 1,000 por persona \$ 2,000 por familia		Ilimitado
Farmacia Minorista Suministro hasta 34 días	Copago genérico de \$ 15/copago de \$ 35 por marca preferida/copago de \$ 70 por marca no preferida		
Programa de Pedidos por Correo con Caremark Suministro hasta 90 días	Copago de \$ 30 por medicamento genérico/copago de \$ 70 por marca preferida/copago de \$ 140 por marca no preferida		
Medicamentos de Especialidad	Usted paga el 20 % hasta un importe de \$ 150 por un suministro de 34 días		

	Plan con Cobertura Adicional (Plan actual)		
	Proveedores Preferidos (WA, OR, ID y UT solamente)	Proveedores Participantes	Proveedores Fuera de la Red
Deducible Por año calendario	\$1,000 por persona \$ 2,000 por familia	\$1,000 por persona \$ 2,000 por familia	\$ 2,000 por persona \$ 4,000 por familia
Máximo Gasto Médico de Bolsillo Por año calendario (incluye deducible y copagos)	\$3,500 por persona \$ 7,000 por familia (combinación de servicios preferidos y participantes)		\$ 8,000 por persona \$ 16,000 por familia
Servicios Médicos			
Cuidado Preventivo	Cubierto al 100 % (sin deducible)		No cubierto
Visitas al Consultorio de Atención Primaria Práctica general, medicina familiar, internistas, obstetras/ ginecólogos, pediatras, auxiliares médicos, enfermera titulada, partera, doctores de medicina osteopática.	Copago de \$ 30 (sin deducible)	Copago de \$ 30, luego el plan paga el 50 % y usted el remanente	
Visitas de Atención Virtual de MDLive Cubiertas solo con proveedores de MDLive	Copago de \$ 10 (sin deducible)		
Visita al Consultorio de un Especialista	Copago de \$ 35 (sin deducible)	Copago de \$ 35, luego el plan paga el 50 % y usted paga el remanente	
Atención de Urgencia	Copago de \$ 50; luego el plan paga el 100 % (sin deducible)		
Servicios de la Sala de Emergencias No se aplica el copago si fue admitido como paciente hospitalizado o estuvo involucrado en un accidente, y si recibió los servicios en los 2 días siguientes	Copago de \$ 200: luego el plan paga el 80 % y usted paga el remanente		
Traslado en Ambulancia Aéreo y terrestre	El plan paga el 80 %, usted paga el 20 %		
Laboratorio/Radiografías de Diagnóstico	El plan paga el 80 %, usted paga el 20 %		
Servicios Hospitalarios	El plan paga el 80 %, usted paga el 20 %	El plan paga el 50 %, usted paga el 50 %	
Terapia de Masajes y Quiropráctica Limitada a 12 visitas por año calendario (combinadas)	El plan paga el 80 %, usted paga el 20 %	El plan paga el 50 %, usted paga el 50 %	
Equipo Médico Duradero Se requiere autorización previa para DME superior a \$ 2,000	El plan paga el 80 %, usted paga el 20 %	El plan paga el 50 %, usted paga el 50 %	
Servicios Ambulatorios de Salud Mental y Abuso de Sustancias	Copago de \$ 30 (sin deducible)	Copago de \$ 30, luego el plan paga el 50 % y usted el remanente	
Medicamentos con Receta Médica			
Máximo Gasto de Bolsillo en Farmacia	\$ 1,000 por persona \$ 2,000 por familia		Ilimitado
Farmacia Minorista Suministro hasta 34 días	Copago de \$ 15 por medicamento genérico/copago de \$ 30 por marca preferida/copago de \$ 55 por marca no preferida		
Programa de Pedidos por Correo con Caremark Suministro hasta 90 días	Copago de \$ 30 por medicamento genérico/copago de \$ 60 por marca preferida/copago de \$ 110 por marca no preferida		
Medicamentos de Especialidad	Usted paga el 20 % hasta un importe de \$ 150 por un suministro de 34 días		

Plan dental

Ofrecemos un plan dental a través de HMA. Puede solicitar los servicios de cualquier proveedor con licencia, pero tendrá menos gastos de bolsillo si se atiende con un proveedor preferido.

	Plan dental	
	Proveedores Preferidos y Participantes	Proveedores Fuera de la Red
Deducible Por año calendario	\$ 50 por persona \$ 150 por familia	\$ 50 por persona \$ 150 por familia
Beneficio Máximo Por año calendario	\$ 1,500 por persona	\$ 1,500 por persona
Cuidado Preventivo Exámenes bucales, rayos x, flúor, selladores	El plan paga el 100 % Sin deducible	El plan paga el 80 %, usted paga el 20 % Sin deducible
Servicios Básicos Empastes, Cirugía Bucal, Endodoncia, Periodoncia, Anestesia	El plan paga el 80 %, usted paga el 20 %	El plan paga el 50 %, usted paga el 50 %
Servicios Principales Prótesis dentales, Coronas, Dentaduras Postizas, Puentes, Implantes	El plan paga el 50 %, usted paga el 50 %	El plan paga el 40 %, usted paga el 60 %
Ortodoncia	El plan cubre el 50 % hasta \$ 2,000 por persona y de por vida Sin deducible	El plan cubre el 50 % hasta \$ 2,000 por persona y de por vida Sin deducible

Facturación del Saldo: Si visita a un dentista fuera de la red, puede ser responsable por los cargos que excedan los importes máximos de reembolso del plan, además del deducible y el costo compartido del plan.

Estimación previa al tratamiento: En caso de que su tratamiento dental sea extenso, su dentista deberá presentar el plan de tratamiento propuesto a la compañía de seguros antes de comenzar el tratamiento. La compañía de seguros le proporcionará un resumen de la cobertura del plan y una estimación de los costos a su cargo.



Plan oftalmológico

Ofrecemos un plan oftalmológico a través de HMA. Puede solicitar los servicios de cualquier proveedor con licencia, pero tendrá menos gastos de bolsillo si se atiende con un proveedor preferido gracias a los descuentos de la red. Si visita a un proveedor participante o fuera de la red, puede ser responsable por los cargos que excedan los importes máximos de reembolso del plan, además del costo que le corresponde; esto se denomina facturación del saldo.

	Plan oftalmológico	
	Proveedores Preferidos	Proveedores Participantes y Fuera de la Red
Examen Cada 24 meses	Copago de \$ 10; luego el plan paga el 100 %	Copago de \$ 10; luego el plan paga el 100 %
Elementos		
Marcos Un marco para lentes cada 24 meses (el copago de los marcos y las lentes se combina)	Copago de \$ 25; luego el plan paga el 100 % hasta un importe de \$ 120	Copago de \$ 25; luego el plan paga el 100 % hasta un importe de \$ 120
Lentes Un par cada 24 meses (el copago de los marcos y las lentes se combina)	Copago de \$ 25; luego el plan paga el 100 % hasta un importe de \$ 140	Copago de \$ 25; luego el plan paga el 100 % hasta un importe de \$ 140
Lentes de Contacto Un par cada 12 meses en lugar de los marcos y las lentes	Copago de \$ 20; luego el plan paga el 100 % hasta un importe de \$ 120	Copago de \$ 20; luego el plan paga el 100 % hasta un importe de \$ 120

Cuentas de Gastos Flexibles

Una FSA le permite ahorrar dinero antes de la deducción de impuestos para pagar gastos calificados de bolsillo para atención médica y para cuidado de dependientes. Para el año del plan desde el 1 de agosto, 2020 al 31 de julio, 2021, usted puede aportar hasta \$ 2,750 en una FSA para atención médica y \$ 5,000 en una FSA para el cuidado de dependientes. Su elección se deducirá uniformemente de su cheque de pago, antes de impuestos, durante el año del plan. HealthEquity administra la FSA.



¿Qué es una FSA para atención médica?

Este plan le permite pagar los gastos calificados de bolsillo para atención médica con dólares tomados antes de impuestos. Los gastos calificados incluyen costos médicos, dentales u oftalmológicos, como deducibles, copagos y coseguros, y otros costos de atención médica no cubiertos para usted y sus dependientes para fines tributarios. Puede acceder a todas sus elecciones anuales el primer día del año del plan.

¿Qué es una FSA para el cuidado de dependientes?

Este plan le permite pagar los gastos calificados de bolsillo para dependientes con dólares tomados antes de impuestos. Los gastos calificados pueden incluir guarderías, cuidado de niños en el hogar y cuidado antes o después de la escuela para sus hijos dependientes menores de 13 años, mientras que usted y su cónyuge (si corresponde) trabajan o van a la escuela a tiempo completo. Otras personas pueden calificar si son consideradas como sus dependientes con fines tributarios y son incapaces de cuidarse a sí mismas. Usted solo puede acceder al dinero de la FSA para el cuidado de dependientes una vez que se transfieren los fondos a su FSA.

Todos los cuidadores deben tener una identificación fiscal o número de seguro social. Esta información debe incluirse en su declaración de impuestos federales. Si utiliza la cuenta de reembolso para cuidado de dependientes, el IRS no le permitirá reclamar un reintegro de los gastos por cuidado de dependientes. Consulte a su asesor fiscal para determinar si debe inscribirse en este plan.

¿Cómo me ayuda una FSA a ahorrar dinero?

Invertir dinero en una FSA lo ayuda a ahorrar, ya que le permite reducir sus ingresos sujetos a impuestos y, por lo tanto, reducir sus impuestos. El dinero que financia su cuenta se deduce de su cheque de pago antes de calcular los impuestos federales, del Seguro Social y de Medicare. Debido a que no paga impuestos sobre esas deducciones, sus ahorros (lo que habría pagado en impuestos) se devuelven en cada cheque de pago.

Beneficios del Seguro de Vida

Seguro de Vida Básico/AD&D

Ofrecemos seguros de vida básicos y seguros por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) a todos los empleados elegibles. La inscripción es automática y Baden Sports paga el costo total de la cobertura. El seguro de vida le paga a su beneficiario una prestación en caso de su fallecimiento, mientras que el seguro de AD&D le paga si su fallecimiento se debe a un accidente o si resulta gravemente herido en un accidente.



Plan de Vida Básico/AD&D	
Beneficio del seguro de vida básico	\$ 10,000
Beneficio del seguro de AD&D básico	\$ 10,000
Reducción de beneficios por edad	Los beneficios se reducen al 65 % a los 65 años, al 50 % a los 70 años, al 30 % a los 75 años, al 20 % a los 80 años y terminan cuando usted ya no es elegible o al momento de su jubilación, lo que ocurra primero

Seguro de Vida Opcional

Le ofrecemos la oportunidad de inscribirse en un seguro de vida opcional a través de Reliance Standard. Si necesita un seguro de vida adicional para satisfacer sus necesidades financieras, puede adquirir un seguro de vida opcional mediante convenientes deducciones de nómina después de impuestos para usted, su cónyuge e hijos. Si se retira de Baden Sports, puede optar por continuar con esta cobertura. El costo de la cobertura depende de la cantidad de beneficios que seleccione y de su edad.

Plan de Vida Opcional		
Importe del beneficio del seguro de vida	Empleado: Unidades de \$ 10,000 hasta un beneficio máximo de \$ 300,000 Cónyuge: Unidades de \$ 10,000 hasta un beneficio máximo de \$ 150,000 Hijos: Elección de unidades de \$ 2,500, \$ 5,000, \$ 7,500 o \$ 10,000 (a partir de los 6 meses de edad)	
Importe del beneficio de seguro de AD&D	Empleado y Cónyuge: Equivalente al importe del seguro de vida Hijos: No disponible	
Montos de emisión con garantía	\$ 100,000 para el empleado/\$ 10,000 para el cónyuge. La cobertura sobre estos montos está disponible con Certificado de asegurabilidad	
Reducción de beneficios por edad	Los beneficios se reducen al 60 % a los 70 años, 35 % a los 80 años, 27.5 % a los 85 años y 20 % a los 90 años (la cobertura del cónyuge termina a los 70 años)	
Tarifas Mensuales	*Vida/AD&D del Empleado (por \$ 10,000)	Vida/AD&D del Cónyuge (por \$ 10,000)
Menor de 35 años	\$ 0.70	\$ 0.70
Entre 35 - 39 años de edad	\$ 1.10	\$ 1.10
Entre 40 - 44 años de edad	\$ 1.70	\$ 1.70
Entre 45 - 49 años de edad	\$ 2.70	\$ 2.70
Entre 50 - 54 años de edad	\$ 4.60	\$ 4.60
Entre 55 - 59 años de edad	\$ 7.90	\$ 7.90
Entre 60 - 64 años de edad	\$ 10.80	\$ 10.80
Entre 65 - 69 años de edad	\$ 18.00	\$ 18.00
Seguro de Vida para Menores	\$ 0.162 por \$ 1,000	

* Los beneficios están disponibles si usted (el empleado) tiene 70 años o más. Póngase en contacto con el departamento de RR. HH. para conocer las tarifas.



Información Importante de Contacto

Beneficio	Proveedor	Teléfono	Información Web
Atención Médica, Medicamentos recetados, Odontología y Oftalmología	HMA	Grupo N.º 4078 Servicio al Cliente (local): (425) 462-1000 Número Gratuito: (800) 700-7153	www.accesshma.com
Cuentas de Gastos Flexibles	HealthEquity	Servicio al Cliente: (866) 346-5800	www.healthequity.com
Seguro de Vida y AD&D (muerte accidental y desmembramiento)	Reliance Standard	Grupo N.º VGTL187904	www.reliancestandard.com

¿Tiene preguntas sobre los beneficios?

Póngase en contacto con los Defensores de Beneficios en el Centro de Servicios para Empleados (ESC) de AP MCM. Los Defensores de Beneficios son personas especialmente capacitadas que pueden responder sus preguntas sobre seguros. Además, pueden ayudarlo si tiene dudas sobre beneficios y asuntos de reclamos para usted y los miembros de su familia cubiertos. Sus servicios son gratuitos y todas las llamadas son confidenciales.

Defensores de Beneficios en el Centro de Servicios para Empleados

Teléfono: 206-343-4175 o 1-888-343-3330

TTY/TDD: 206-748-9578 o 1-855-877-4726

Correo electrónico confidencial: mcm.esc@assuredpartners.com

Lunes a viernes de 7:30 a.m. a 5:00 p.m. Hora del Pacífico