



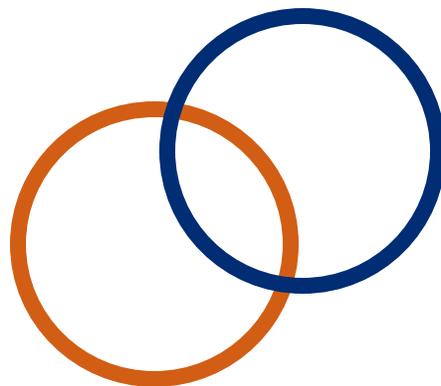
JOHNS HOPKINS
M E D I C I N E

Elegibilidad para recibir prestaciones (beneficios)



Empleados

Trabajo normal de 20 o más horas por semana



Cónyuge

Pareja legal



Hijos

Hasta los 26 años de edad

Cobertura para atención médica y medicamentos con receta

	Plan EPO Exclusive Provider Organization (Org. de proveedores exclusivos)	Plan PPO Preferred Provider Organization (Org. de proveedores preferidos)	Plan DPC Direct Primary Care (Atención primaria directa)
¿Cobertura fuera de la red?	No	Sí	Sí
Deducciones de la nómina de pago (cada quincena)	Las más bajas	Más altas	Más altas
Deducibles	\$500 - individual \$1000 - familiar	\$150-\$300 - individual \$300-\$600 - familiar	\$150-\$300 - individual \$300-\$600 - familiar
Puntos adicionales	--	--	No hay costo por visita en el consultorio al proveedor de servicios del Plan DPC
Medicamentos con receta	CVS/Caremark – Incluidos en su plan de cobertura médica		

Cobertura para atención dental y de la vista

	Atención dental		Atención de la vista
	Delta Comprehensive	Delta High Option	Superior Vision
¿Cobertura fuera de la red?	Mínima	Mínima	Mínima
Deducciones de la nómina de pago (cada quincena)	Las más bajas	Más altas	Variables, de acuerdo al número de dependientes
Máximos anuales	\$1500/persona por año calendario	\$3000/persona por año calendario	Opciones variables
Tipo de cobertura	Servicios de diagnóstico, básicos y principales	Servicios de diagnóstico, básicos, principales y ortodoncia	Examen anual de la vista, cobertura de anteojos de medida y lentes de contacto

Cobertura para discapacidad y seguro de vida

	Discapacidad		Vida
	<i>A corto plazo</i>	<i>A largo plazo</i>	<i>Básico</i>
Quién paga	El empleador – inscripción automática	Empleado	Empleador
Entra en vigor	60 % del salario hasta 25 semanas después de un periodo de prueba de 90 días	60 % del salario* hasta que el empleado: <ul style="list-style-type: none"> • regresa al trabajo o • alcanza la edad normal de jubilación 	El primero del mes siguiente a la fecha de contratación con un beneficio equivalente a una vez el salario hasta \$300,000
Periodo de eliminación	1 semana	26 semanas	No corresponde

*Beneficio máximo mensual de \$10,000

Programa de asistencia al empleado de JH (JHEAP)

Asesoramiento y recursos
confidenciales gratuitos

Deseo darle prioridad a

mi salud mental

Disponibile las 24
horas del día, 7
días a la semana

Para usted y
también para su
familia

Otras prestaciones financieras

Plan de ahorros para la jubilación

Ayuda financiera para educación para empleados y dependientes

Seguro de automóvil, de hogar y de inquilinos

Programa de descuentos para empleados

Seguro contra accidentes y de vida entera

Seguro de vida complementario para empleados, cónyuges y dependientes

Plan legal prepago

Otras prestaciones para la salud y el bienestar

Vacaciones y tiempo libre remunerado

Licencia parental remunerada

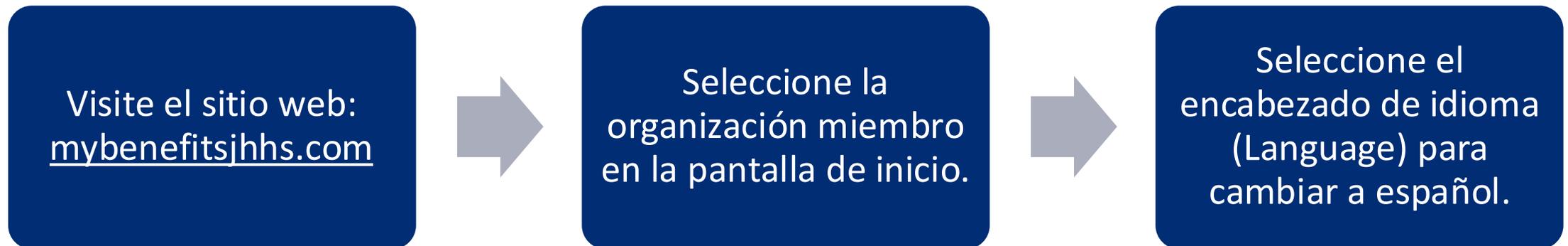
Indemnidad hospitalaria

Enfermedades críticas

Cuenta de gastos flexibles (FSA) para atención médica y dependientes

Ayuda para adopciones

Visite el sitio web de “myBenefits”



Su lista de cosas por hacer



Revisar la información en el sitio web de prestaciones



Realizar sus elecciones en SmartSource dentro de los 30 días posteriores a su fecha de contratación



Subir / cargar cualquier documentación de respaldo

¿Necesita ayuda? Llame al Centro de Apoyo del
Departamento de Recursos Humanos (HR Support Center)



Aquí es donde usted
pertenece.