



INFINITAS POSIBILIDADES.
UNA FAMILIA.

¡Ya casi llegó

EL MOMENTO DE INSCRIBIRSE EN LOS BENEFICIOS!

¡Antes de registrarse en el sitio de inscripción de beneficios de Rich's, necesitará hacer algunas tareas! Complete la lista de verificación siguiente con anticipación y téngala consigo cuando se inscriba. Esto ayudará a reducir la cantidad de tiempo que le tomará escoger los beneficios y evitará que tenga que regresar al sitio de inscripción varias veces.

SUS DEPENDIENTES

¿Está inscribiéndose en los beneficios de Rich's por primera vez o está agregando a un dependiente nuevo? Los dependientes actualmente inscritos tendrán su información precargada en un sistema de inscripción nuevo para su revisión. Pero necesitará agregar a cualquier dependiente nuevo que desee que esté cubierto. Para cada nueva persona inscrita elegible, necesitará cierta información básica:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con usted: _____ Número de Seguridad Social: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con usted: _____ Número de Seguridad Social: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con usted: _____ Número de Seguridad Social: _____

SUS PROVEEDORES

¿Es importante para usted continuar viendo a sus médicos actuales? Si lo es, reúna los nombres y las direcciones de todos sus médicos y los de los miembros de su familia si los está inscribiendo. Use el espacio siguiente para enumerar a sus médicos:

Médico 1 – Nombre: _____

Dirección: _____

Médico 2 – Nombre: _____

Dirección: _____

Médico 3 – Nombre: _____

Dirección: _____

Médico 4 – Nombre: _____

Dirección: _____

¿Es importante para usted poder usar Atención de Urgencia, Laboratorios u Hospitales en su área? Le recomendamos que también verifique su información. No todos los establecimientos en su área local están cubiertos por todas las compañías. Use el espacio siguiente para enumerar cualquier establecimiento que use usted o los miembros de su familia:

Establecimiento 1 – Nombre: _____

Dirección: _____

Establecimiento 2 – Nombre: _____

Dirección: _____

Establecimiento 3 – Nombre: _____

Dirección: _____

Establecimiento 4 – Nombre: _____

Dirección: _____

SUS RECETAS

¿Usted o los miembros de su familia están tomando medicamentos de mantenimiento actualmente? Reúna un listado de los medicamentos que toma habitualmente y use esa lista para determinar si sus medicamentos específicos están cubiertos y en qué nivel estarán sus medicamentos bajo los planes nuevos. Recuerde que el nivel puede cambiar incluso si permanece con su compañía actual.

Medicamento 1: _____

Dosis: _____

Cantidad por renovación: _____

Frecuencia de la renovación (mensual, trimestral, según sea necesario):

Medicamento 2: _____

Dosis: _____

Cantidad por renovación: _____

Frecuencia de la renovación (mensual, trimestral, según sea necesario):

Medicamento 3: _____

Dosis: _____

Cantidad por renovación: _____

Frecuencia de la renovación (mensual, trimestral, según sea necesario):

Medicamento 4: _____

Dosis: _____

Cantidad por renovación: _____

Frecuencia de la renovación (mensual, trimestral, según sea necesario):

Medicamento 5: _____

Dosis: _____

Cantidad por renovación: _____

Frecuencia de la renovación (mensual, trimestral, según sea necesario):

SUS PROVEEDORES DE SEGURO DENTAL Y SEGURO DE LA VISTA

¿Es importante para usted continuar viendo a sus médicos proveedores de atención dental y de la vista? Si lo es, use el espacio siguiente para enumerar a esos proveedores:

Proveedor dentista/oftalmólogo: _____

Dirección: _____

Proveedor dentista/oftalmólogo: _____

Dirección: _____

Ortodoncista: _____

Dirección: _____

PARA TENER EN CUENTA:

- **Futuras necesidades:** ¿Tiene planes de tener un bebé? ¿Piensa someterse a una futura cirugía electiva, como un reemplazo de rodilla, que pueda cambiar sus necesidades de cobertura el año que viene?
- **Pague ahora o pague después:** A medida que revisa las opciones de nivel de cobertura, ¿preferiría pagar más de su sueldo para tener costos más bajos en el momento en que pida servicios de atención médica? ¿O preferiría pagar menos de su sueldo y más cuando reciba un tratamiento?
- **Dentro de la red versus fuera de la red:** ¿Consideraría cambiar de proveedor(es) si esto significase que podría tener en su sueldo una deducción menor para la cobertura con otra compañía? Trabajar con proveedores fuera de la red es más costoso, así que asegúrese de consultar las redes de la compañía en el sitio de inscripción.
- **Transición de la atención:** Si usted o un miembro de su familia está recibiendo tratamiento por una afección médica y su proveedor actual no está en la red del nuevo plan, podrá continuar temporalmente con la atención de su proveedor actual durante un período. Consulte el sitio web Make It Yours (ver a continuación) para obtener más información acerca de la Transición de la atención.

MAKE IT YOURS

Antes de inscribirse, visite el sitio web de 'Make It Yours' en <https://richs.makeityoursource.com> para obtener más información sobre sus opciones de cobertura. Cuando esté listo para inscribirse, visite la inscripción sitio web en benefits.rich.com para hacer sus elecciones.

Te recuerdo debe inscribirse activamente durante la Inscripción Abierta de Beneficios, o no tendrá cobertura médica, de recetas médicas, dental o de la vista.



INFINITAS POSIBILIDADES.
UNA FAMILIA.