



STRIVE
to THRIVE

GUÍA DE BENEFICIOS

2025/2026



CONTENIDO DE LA GUÍA



PRIMEROS PASOS 3

- Inscripción anual
- Cómo inscribirse
- Elegibilidad

STRIVE TO HEALTH 6

- GenerationYou™
- Plan médico
- Telemedicina
- Recetas médicas
- Tratamiento del dolor
- Plan odontológico
- Plan oftalmológico

STRIVE TO WELLBEING 17

- Recursos de salud mental
- Licencia remunerada por paternidad o maternidad

STRIVE TO WEALTH 18

- Seguro básico de vida y muerte accidental y pérdida de extremidades (AD&D)
- Discapacidad
- Seguro por accidentes, enfermedades críticas y jurídico
- Plan de ahorros 401(k)
- Asistencia para inversiones
- Plan de ahorros 529
- DailyPay

AVISOS IMPORTANTES 24

CON QUIÉN COMUNICARSE 34

ESTIMADOS COLABORADORES:

Estoy cumpliendo mi segundo año como director ejecutivo de Recursos Humanos (CHRO) de Ashford Group of Companies y quiero tomarme un momento para agradecerles por el firme compromiso con nuestra organización. Ha sido un privilegio conocer a nuestros equipos, escuchar sus historias y comprender mejor los beneficios que consideran más importantes.

Como parte de nuestro compromiso continuo de apoyar su salud y bienestar, estamos haciendo estos cambios en nuestros beneficios para 2025/2026:

- Máximos de bolsillo más bajos en todos los planes médicos.
- Las contribuciones de la prima aumentarán un 2 % para la mayoría de los colaboradores. Esto es considerablemente inferior a la tendencia inflacionaria nacional del sector médico, que es del 6 al 8 %.
- Implementación de GenerationYou™, un nuevo servicio de asesoramiento que les permitirá explorar su cobertura médica y seleccionar el plan que mejor se adapte a sus necesidades.

La inscripción anual es una oportunidad para explorar sus beneficios y elegir la cobertura que mejor se adapte a sus necesidades. Revisen con atención los cambios y aprovechen los recursos disponibles para tomar decisiones informadas.

Si tienen preguntas o necesitan ayuda durante la inscripción anual, comuníquense con nuestro equipo de beneficios a través de Benefits@RemingtonHotels.com. Estamos aquí para ayudarlos en cada paso del camino.

Gracias de nuevo por todo lo que hacen. Espero que podamos continuar trabajando juntos mientras creamos un lugar de trabajo donde cada colaborador pueda prosperar.

Rick Badgley

Director ejecutivo de Recursos Humanos

Los detalles completos de los planes se encuentran en la descripción resumida del plan (SPD), que regula la operación de cada plan. Se puede obtener una copia de cada SPD en el portal de inscripción. Si bien se ha intentado lograr la mayor precisión posible en la elaboración de la información adjunta, los documentos oficiales del plan prevalecen en todos los casos. Este no es un documento legal. Es un breve resumen de los beneficios y no se considera "evidencia de cobertura". Consulte los documentos de la póliza o del plan para obtener una descripción completa de los términos determinantes, la cobertura, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura. En caso de discrepancia entre esta información y los documentos de las pólizas o los planes, prevalecerán los documentos de las pólizas o los planes. Nos reservamos el derecho a cancelar, suspender, retirar o modificar los beneficios que se describen en los documentos de la póliza o del plan, en su totalidad o en parte, en cualquier momento. Ninguna declaración en este o en cualquier otro documento y ninguna representación oral debe interpretarse como una renuncia a este derecho.

PRIMEROS PASOS

INSCRIPCIÓN ANUAL

¿Cuándo es la inscripción anual de 2025-2026?

La inscripción anual de beneficios se llevará a cabo del 18 al 29 de agosto de 2025.

Solo tiene un tiempo limitado para elegir, ¡así que no espere e inscribese cuanto antes! Sus elecciones permanecerán vigentes desde el 1 de octubre de 2025 hasta el 30 de septiembre de 2026, a menos que sufra algún cambio de situación familiar debido a un evento de vida calificado.

Todos los beneficios actuales continuarán durante el siguiente año del plan si no realiza ningún cambio.

¿Qué hay de nuevo este año?

INSCRIPCIÓN PASIVA

- **¿Sin cambios?** No se necesitan acciones. Sus beneficios actuales continuarán en el siguiente año del plan.
- Los deducibles anuales y los costos máximos de bolsillo se restablecerán el 1 de octubre.
- **¿Quiere implementar cambios en los beneficios?** Visite su Plataforma de inscripción de beneficios. Para obtener más información sobre su Plataforma de inscripción de beneficios, vaya a la [página 4](#).

PLANES MÉDICOS

- **Costo máximo de bolsillo anual** más bajo para todos los planes médicos: Individual \$7,000 | Familiar \$14,000.
- Lanzamiento de GenerationYou™, un servicio de asesoramiento personalizado que está diseñado para guiarlo en las opciones de cobertura médica y ayudarlo con la selección del plan.
- A principios de octubre, los participantes de todos los planes médicos recibirán una nueva tarjeta de identificación de GenYou.

Comuníquese con el equipo de beneficios

Puede comunicarse con el equipo de Beneficios a través de benefits@remingtonhotels.com o con su equipo de Recursos Humanos en cualquier momento que tenga preguntas sobre sus beneficios.

Para obtener la cobertura de beneficios más adecuada para usted y su familia, debe inscribirse a tiempo. Si durante el año tiene un evento que cumpla con los requisitos, debe cumplir con plazos específicos para realizar cambios.

Sus elecciones permanecerán vigentes hasta el final del año de los beneficios (30 de septiembre de 2026), a menos que sufra un cambio de situación de vida que cumpla con los requisitos. La fecha límite para inscribirse es de 30 días a partir de la fecha de elegibilidad o la fecha del evento calificado.

INSCRÍBASE EN LA PLATAFORMA DE INSCRIPCIÓN DE BENEFICIOS DE SU EMPRESA

Empresa	Plataforma de inscripción
Ashford, Remington y Premier	myadp.com
INSPIRE	workforcenow.adp.com
RED Hospitality, Sebago, e Island Time Watersports	paycomonline.net/v4/ee/web.php/app/login

¡Puede acceder a muchas cosas desde la plataforma de inscripción!

- Ver la información del plan de beneficios
- Monitorear e imprimir estados de cuenta y W2 directamente desde su teléfono o tableta

REALIZAR CAMBIOS DURANTE EL AÑO

Aunque en general solo se le permite cambiar sus elecciones de beneficios durante el período de inscripción anual, puede haber excepciones cuando se producen determinados eventos de vida. Estos eventos le permiten cambiar sus elecciones de beneficios a mitad del año del plan.

¡Importante! Si tiene un cambio de situación de evento de vida, o es un nuevo empleado, no puede inscribirse hasta la fecha en que ocurra el evento.

Los eventos de vida calificados son:

- Matrimonio o divorcio
- Nacimiento, muerte o adopción legal
- El colaborador obtiene o pierde la cobertura
- Un miembro de la familia obtiene o pierde la cobertura

Se deben informar los cambios de situación del evento de vida calificado dentro de los 31 días calendario posteriores al evento para cambiar los beneficios. Puede informar sobre los cambios en la Plataforma de inscripción de beneficios o en la aplicación móvil.

- **Ashford, Remington y Premier:** Después de confirmar sus elecciones, haga clic en "Submit" (Enviar) para revisar la lista de documentos que se requieren. También se le notificará por correo sobre los Servicios de verificación de personas a cargo de ADP con instrucciones específicas.
- **Inspire:** Cargue la documentación adecuada del evento en ADP. Se notificará a Recursos Humanos sobre la solicitud pendiente, quien la aprobará o rechazará después de la revisión.
- **RED:** Cargue la documentación adecuada del evento en Paycom. Se notificará a Recursos Humanos sobre la solicitud pendiente, quien la aprobará o rechazará después de la revisión.

Debe proporcionar la documentación dentro de los 45 días calendario. Sus cambios permanecerán pendientes hasta que el Departamento de beneficios apruebe la documentación.

CÓMO INSCRIBIRSE

ELEGIBILIDAD

COLABORADORES

La elegibilidad para los beneficios está determinada según su situación laboral (tiempo completo o parcial) en el sistema de Recursos Humanos o en la nómina de la empresa.

- **Tiempo completo:** Los colaboradores que trabajan 30 horas o más por semana cumplen con los requisitos para participar en todos los programas de beneficios que la empresa ofrece.
- **Tiempo parcial:** Se espera que los colaboradores clasificados como de tiempo parcial trabajen menos de 30 horas por semana, y pueden participar en los Planes de ahorro para la jubilación y en el Programa de asistencia al empleado (EAP).

MIEMBROS DE LA FAMILIA

Si usted es un colaborador que cumple con los requisitos y elige una cobertura, también puede elegir la siguiente cobertura para los miembros elegibles de su familia:

- Plan médico
- Seguro de vida y AD&D para personas a cargo
- Plan odontológico
- Seguro grupal para accidentes
- Plan oftalmológico
- Enfermedad crítica

Usted debe tener su propia cobertura si quiere inscribir a los miembros elegibles de su familia.

Los miembros elegibles de su familia pueden ser:

- Cónyuge legal
- Hijos a cargo de hasta 26 años, lo que incluye hijos biológicos, hijos adoptivos, hijastros o niños de quien es tutor legal.
- Los hijos a cargo que ya tengan cobertura en su póliza y que sufran alguna discapacidad mental o física, según lo define la Administración del Seguro Social, pueden continuar con su póliza.

Nota: Se podría solicitar la verificación de las personas a cargo.



PERÍODO DE VALORACIÓN DE LA ACA

El período de valoración de la ley ACA (Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio) para la elegibilidad en los beneficios es un período retrospectivo de 12 meses. Los colaboradores deben trabajar un promedio de 30 horas por semana durante el período de valoración para cumplir los requisitos de los beneficios.

Período de valoración general	Fecha de entrada en vigencia para el cambio de estado
3 de julio – 2 de julio	1 de octubre

Los colaboradores que trabajen más de 30 horas por semana en promedio mantendrán la elegibilidad o cumplirán con los requisitos para elegir beneficios.

Nota: La elegibilidad para los beneficios puede variar según la ubicación o afiliación sindical. Consulte el SPD y el convenio colectivo de trabajo, o despeje sus dudas con el representante local de Recursos Humanos.

STRIVE TO THRIVE



Strive to Health está representado por el logotipo naranja y se enfoca en los beneficios para la salud, el bienestar, las formas de mantenerse activo, la nutrición, el cuidado personal y los desafíos de las actividades.



Strive to Wellbeing está representado por el logotipo azul y se centra en la salud mental, la atención plena, la retribución hacia la comunidad, la resiliencia y los programas de asistencia.



Strive to Wealth está representado por el logotipo verde y se enfoca en la protección de los ingresos, los programas de descuento, la planificación financiera y la jubilación.

SITIO WEB DE LOS BENEFICIOS

Ya puede acceder de forma conveniente a sus beneficios y más a través de su smartphone, tableta o computadora... ¡cuando, donde y como quiera!

Ingresa a strivetothrivebenefits.com y guarde un acceso directo en la pantalla de inicio de su smartphone. Ya sea que necesite un médico o solo saber lo que su plan le cubre, todo está ahí en la palma de su mano.

El sitio web de beneficios está diseñado para brindarle acceso a sus beneficios las 24 horas, todos los días.

Conozca sus beneficios

El sitio web ofrece un desglose detallado de los beneficios en cualquier momento que lo necesite. Compruébelos antes de programar una cita.

Tarjetas de identificación

En el sitio web podrá encontrar una tarjeta de identificación genérica. Descargue una copia en su dispositivo móvil para que pueda compartirla fácilmente en el consultorio del médico.

Información de contacto

Encuentre la información de contacto del servicio y los recursos en línea con rapidez.

¡Explore el sitio web de beneficios hoy mismo! Escanee el código QR o haga clic en él para comenzar.



GenerationYou™ (GenYou) es un servicio de asesoramiento ofrecido por UMR que se adapta a las necesidades médicas específicas de usted y su familia. Cuando llame a UMR, hablará con un miembro del equipo de GenYou que lo ayudará a comprender sus beneficios, comparar proveedores, acceder a estimaciones de costos, programar citas y recibir una mejor ayuda cuando la necesite.

GENYOU: GUÍA

Cuando llame, la primera persona con la que hablará será un guía de GenYou. El guía lo ayudará a:

- Comprender sus beneficios.
- Encontrar la mejor atención de calidad.
- Comparar proveedores.
- Programar sus citas.
- Recopilar estimaciones de costos.
- Encontrar recursos.

GUÍAS DE ATENCIÓN Y SERVICIO DE ATENCIÓN

Según su situación, es posible que lo deriven con el personal de enfermería o trabajo social registrado como guía de ATENCIÓN para que lo ayuden a:

- Encontrar respuestas a preguntas médicas.
- Explorar los programas disponibles.
- Encontrar un especialista.
- Apelar.
- Acceder a recursos sobre salud conductual y consumo de sustancias.
- Encontrar recursos comunitarios, como asesoramiento, bancos de comida y refugios.
- Comunicar si está en riesgo de contraer problemas de salud graves, como diabetes, cáncer, enfermedades cardíacas, etc.

Si necesita coordinación para un tratamiento a largo plazo, el guía de GenYou puede derivarlo con los gestores de enfermería del Servicio de ATENCIÓN, que ofrecen una mejor gestión de casos.

SU HISTORIA CLÍNICA

Cuando inicie sesión en [UMR.com](https://umr.com), se le pedirá que complete la *Historia Clínica de GenYou*.

El cuestionario es de 5 minutos e incluye preguntas generales sobre su salud.

- Esta información le permitirá al equipo de GenYou brindarle una mejor asistencia en el futuro.
- Después de completar *Su Historia Clínica*, recibirá recomendaciones personalizadas sobre los recursos de UMR.
- Una vez completada, podrá ver sus recomendaciones al hacer clic en *Point of You (Su espacio)* en el menú de GenYou.

Cómo comunicarse con GenYou

844-600-0919



Descargue hoy mismo la aplicación UMR



En la aplicación, puede:

- Acceder a *Su Historia Clínica*.
- Buscar proveedores de atención.
- Acceder a su tarjeta de identificación digital.
- Ver información de reclamos.
- Conocer si debe abonar un copago en su próxima cita.
- Ver cuánto ha pagado por su deducible, y más.



GENERATIONYOU™

Nuestros beneficios médicos con UMR le ayudan a mantener su bienestar a través de la atención preventiva, las recetas médicas asequibles y el acceso a una extensa red de proveedores. Para encontrar un proveedor de UMR dentro de la red, visite umr.com.

BENEFICIOS MÉDICOS



EVALÚE SU COBERTURA

Los tres planes médicos (Gold EPO, Silver EPO y Bronze EPO) tienen diferentes niveles de cobertura y precios, lo que le permite elegir en función de sus necesidades financieras y de salud. Revise la tabla de la siguiente página para ver cómo se comparan los planes entre sí.

CÓMO PAGA POR LA ATENCIÓN

Cuando se inscribe en el plan, paga una contribución al plan médico con cada cheque de pago. Para ayudar con este costo, la empresa comparte este gasto con usted; de hecho, la empresa paga la mayoría de este costo en su nombre. A continuación se muestra de qué manera paga usted por la cobertura dentro de la red.

1 de octubre: (inicio del año del plan)

Con el plan Bronze EPO, usted paga todos los costos hasta alcanzar el deducible. Con los planes Silver y Gold EPO, usted paga copagos para la mayoría de los servicios, aunque no haya alcanzado el deducible. Los deducibles varían según el plan.

Usted paga el coseguro hasta que alcance el costo máximo de bolsillo: Individual \$7,000 / Familiar \$14,000

No paga nada durante el resto del año si alcanza el costo máximo de bolsillo

Un **copago** es una cantidad fija que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos, como las consultas presenciales de atención primaria, las consultas con especialistas, la atención de urgencia y los medicamentos con receta.

Un **deducible** es la cantidad total que paga por los servicios cubiertos antes de que el plan comience a cubrir los costos. El deducible se aplica a las resonancias magnéticas, la atención ambulatoria y hospitalaria, la sala de emergencias, etc.

El **coseguro** es su parte del costo de un servicio de atención médica cubierto después de que haya alcanzado su deducible.

Los deducibles y el coseguro se aplican **solo** a determinados servicios médicos importantes. El costo máximo de bolsillo es el monto total que pagará por su cuenta por los servicios cubiertos durante el año del plan. Los copagos, deducibles y coseguros suman el costo máximo anual de bolsillo.

El **costo máximo de bolsillo** es el monto total que pagará por su cuenta por los servicios cubiertos durante el año del plan. Los copagos, deducibles y coseguros suman el costo máximo anual de bolsillo. Si alcanza este costo máximo, estará cubierto al 100 % durante el resto del año.

30 de septiembre: (fin del año del plan)

Echemos un vistazo a los planes médicos

	Gold EPO	Silver EPO	Bronze EPO
Deducible anual	Individual \$1,500 Familiar \$3,000	Individual \$3,000 Familiar \$6,000	Individual \$5,000 Familiar \$10,000
Coseguro	80 %	70 %	70 %
Costo de bolsillo anual	Individual \$7,000 Familiar \$14,000	Individual \$7,000 Familiar \$14,000	Individual \$7,000 Familiar \$14,000
Servicios de atención preventiva	100 %	100 %	100 %
GenerationYou™ (atención virtual)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Airrosti	Copago de \$30	Copago de \$40	70 % después del deduc.
Consulta presencial: Médico de atención primaria	Copago de \$10	Copago de \$20	70 % después del deduc.
Consulta presencial: Especialista	Copago de \$30	Copago de \$40	70 % después del deduc.
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados/ambulatorios	80 % después del deduc.	70 % después del deduc.	70 % después del deduc.
Atención de urgencia	Copago de \$40	Copago de \$40	70 % después del deduc.
Sala de emergencias	Copago de \$500 por consulta; Coseguro del 20 %	Copago de \$500 por consulta; Coseguro del 30 %	70 % después del deduc.
Servicios de recetas médicas Rx: Venta al por menor (30 días)			
Nivel 1	Copago de \$5	Copago de \$5	70 % después del deduc.
Nivel 2	Copago de \$50	Copago de \$50	
Nivel 3	Copago de \$100	Copago de \$100	
Especialidad	Copago de \$250	Copago de \$250	

¿TIENE PREGUNTAS?

Llame a GenerationYou™ al 844-600-0919 para obtener ayuda con:

- Preguntas médicas y en relación con las recetas
- Asesoría personal, familiar y matrimonial
- Programar una cita con un médico dentro de la red
- Entender mejor las facturas médicas
- ¡Y más!



Los planes se denominan EPO (Organización de proveedores exclusivos) y solo cubren los costos cuando consulta a un proveedor o centro dentro de la red. **Si utiliza un proveedor fuera de la red, debe pagar el 100 % del costo excepto cuando se trate de una emergencia médica.**

TELEMEDICINA



ATENCIÓN EN TODO MOMENTO Y EN CUALQUIER LUGAR CON TELADOC

Si necesita atención médica o de salud mental que no sea de emergencia, ahorre tiempo y dinero con los servicios de telemedicina prestados a través de Teladoc. Cuando se inscribe en uno de nuestros planes médicos, usted y las personas cubiertas que tenga a cargo pueden conectarse las 24 horas por teléfono, video o a través de la aplicación con médicos certificados y profesionales de salud mental habilitados.

Con Teladoc, paga **\$0 por la atención**, evita largas esperas para las citas, y puede recibir atención desde cualquier lugar. Los médicos capacitados en telemedicina también pueden enviar las recetas a su farmacia, si es necesario por razones médicas. Los proveedores pueden diagnosticar y tratar muchos problemas comunes, como:

- Resfriado y gripe
- Infecciones sinusales
- Dolor de garganta
- Alergias, etc.

APOYO DE SALUD MENTAL

Teladoc también brinda ayuda confidencial de terapeutas o psiquiatras habilitados para lo siguiente:

- Estrés, ansiedad, depresión
- Duelo o problemas de relaciones
- Equilibrio entre el trabajo y la vida
- Administración de medicamentos

Las citas están disponibles los siete días de la semana, incluso por las noches.

PRIMEROS PASOS

1. Visite www.teladoc.com o descargue la aplicación Teladoc.
2. Cree su cuenta y complete su historia clínica.
3. Solicite atención cuando la necesite.



¡Escanee este
código QR para
descargar la aplicación
Teladoc hoy mismo!

Es importante saber a dónde debe ir para recibir atención médica. Su elección puede ahorrarle tiempo y dinero. Si necesita ayuda para decidir a dónde ir para recibir atención, ¡comuníquese con GenerationYou™!

Atención virtual	Cuando no se sienta bien o necesite atención rápida, visite a un médico o terapeuta certificado en cuestión de minutos. Útil en caso de: - Resfriado y gripe - Dolor de oído - Conjuntivitis - Problemas sinusales - Infecciones urinarias (mujeres mayores de 18 años)	\$\$\$\$\$
Médico de atención primaria	El lugar de referencia para gestionar la atención médica. Su proveedor de atención primaria conoce bien sus antecedentes médicos. Útil en caso de: - Exámenes físicos anuales - Revisiones de rutina - Vacunas - Esguinces y torceduras - Enfermedades crónicas - Recarga de medicamentos - Ansiedad y depresión	\$\$\$\$\$
Centro de atención de urgencia	Atención inmediata para condiciones que no sean potencialmente mortales. Tiempos de espera promedio más cortos que para la sala de emergencias. Útil en caso de: - Asma - Cortes que requieran sutura - Quebradura de huesos - Conmoción cerebral - Vómitos y diarrea	\$\$\$\$\$
Sala de emergencias	Atención inmediata para condiciones potencialmente mortales, lo que incluye ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares. Útil en caso de: - Fiebre en niños menores de 3 meses - Dolor de pecho - Falta de aire - Entumecimiento repentino, debilidad o dificultad para hablar - Dolor abdominal fuerte - Tos o vómito con sangre - Hemorragias - Crisis de salud mental	\$\$\$\$\$
Sala de emergencias independiente	Los servicios no incluyen la atención de traumatismos; puede parecerse a un centro de atención de urgencia, pero el costo puede ser 10 veces más alto. Útil en caso de: - La mayoría de las lesiones graves excepto traumatismos - Dolor fuerte	\$\$\$\$\$

SEPA A DÓNDE IR



RECETAS MÉDICAS



SMITHRX, EL ADMINISTRADOR DE BENEFICIOS DE FARMACIA

¿Qué es un administrador de beneficios de farmacia?

Los administradores de beneficios de farmacia (PBM) coordinan la interacción entre su empleador, el médico, el plan de salud y la farmacia. El PBM mejora su experiencia con las farmacias al:

- asegurarse de que se le cobre el copago adecuado en la farmacia;
- establecer los medicamentos que se cubren con el diseño del plan; y
- gestionar los requisitos clínicos relacionados con sus recetas.

Como los beneficios de PBM están estrechamente relacionados con su cobertura médica, cuando se inscribe en un plan de salud, recibe cobertura de forma automática.

¿A qué farmacia puedo ir?

SmithRx tiene más de 83,000 farmacias en su red, incluidas las farmacias minoristas como CVS, Walgreens, RiteAid, Walmart y Costco, entre otras. Además, SmithRx le da acceso a farmacias con envíos por correo como Amazon

Pharmacy y Walmart Mail Order, y farmacias especializadas como Senderra y Kroger.

¿Qué pasa si necesito ayuda?

El equipo de Servicio de atención para miembros de SmithRx está disponible de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. (hora del centro).

- Teléfono: 844-454-5201
- Correo electrónico: help@smithrx.com
- Chat: En el sitio web de SmithRx en smithrx.com

Además, SmithRx cuenta con personal clínico de respuesta en el sitio y fuera del horario comercial para asegurarse de que siempre pueda obtener la asistencia que necesita. También puede crear una cuenta en nuestro portal de miembros en member.mysmithrx.com y su tarjeta de identificación.

¿TIENE PREGUNTAS?

Explore los siguientes enlaces para encontrar respuestas a sus preguntas sobre SmithRx.

La herramienta “**Find My Meds**” (Buscar medicamentos) de SmithRx le facilita encontrar la ubicación de una farmacia para completar su receta, mientras le muestra los costos asociados con su plan de recetas.



¿Necesita **información sobre una farmacia con envíos por correo**? SmithRx le da acceso a 3 opciones de farmacia de envíos por correo.



¿Quiere conocer **cómo hacer la transición de su medicamento** a los programas de farmacias especializadas de SmithRx?



¡Explore los programas **Connect 360** de SmithRx!



SUSCRIPCIÓN A ONE PASS SELECT™ PARA ENTRENAMIENTO Y BIENESTAR

One Pass Select™ es un servicio de suscripción para entrenamiento y bienestar. One Pass Select ofrece acceso a más de 20,000 gimnasios y centros de entrenamiento. Por una cuota mensual con descuento, puede acceder a varios gimnasios. Algunas instalaciones son, entre otras: Planet Fitness, CrossFit, RetroFitness, Blink, LA Fitness, Crunch, OrangeTheory, Pure Barre y Row House.

One Pass Select™ ofrece cinco niveles de membresía para elegir, y la opción de cambiar los niveles mensualmente. Cuando se inscriba, elegirá el nivel que coincida con sus objetivos de entrenamiento: Digital, Clásico, Estándar, Prémium o Élite, que cuestan entre \$10 y \$250 por mes. Tenga en cuenta que las tarifas mensuales son fijas, sin prorrateo por meses parciales.

Los niveles Clásico y superiores también incluyen una membresía gratuita a los servicios de entrega alimentos de Walmart+ y Shipt. Puede cancelar en cualquier momento con un aviso de 30 días de anticipación.

Para obtener más información, o para inscribirse, visite OnePassSelect.com.



TRATAMIENTO DEL DOLOR

¡Termine con el dolor rápido! Los proveedores de Airrosti son expertos en diagnosticar y resolver rápidamente el origen de una lesión. Cada paciente recibe una hora completa de evaluación, diagnóstico, tratamiento y educación, que está diseñada para eliminar el dolor asociado con muchas afecciones comunes. Esto le permite volver a su actividad de forma rápida y segura dentro de 3 consultas en general (según los resultados que los pacientes informan).

AFECCIONES COMUNES TRATADAS POR AIRROSTI

- Dolor de cuello
- Dolor leve de espalda
- Dolor de cadera
- Tendinitis del talón de Aquiles
- Dolor de cabeza
- Dolor del manguito rotador
- Dolor de rodilla
- Túnel carpiano
- Dolor en las espinillas
- ¡Y más!

¡PROGRAME SU CITA HOY MISMO!

- Llame al 800-404-6050
- Visite [airrosti.com](https://www.airrosti.com)

Los colaboradores y sus personas a cargo deben estar actualmente inscritos en uno de los planes médicos de la empresa para acceder a este programa.

Escanee el código QR o haga clic en él para visitar el sitio web de Airrosti.



Por el momento, Airrosti solo está disponible en estos estados:

- Ohio
- Virginia
- Texas
- Washington

ODONTOLOGÍA



Los planes de odontología PPO están diseñados para ayudarle a mantener una sonrisa saludable a través del cuidado dental preventivo regular y para solucionar cualquier problema tan pronto como se produzca. Debido a que la atención preventiva es tan importante, los planes cubren estos servicios en su totalidad sin deducibles ni copagos. Los planes le permiten visitar a cualquier proveedor, pero recibirá el nivel más alto de beneficios cuando utilice proveedores dentro de la red a través de MetLife (**PDP Plus Network**).

		Plan superior	Plan inferior
Deducible anual	Individual Familiar	\$50 \$150	\$75 \$225
Máximos	Máximo anual individual Ortodoncia individual de por vida	\$1,500 \$1,500	\$750 N/C
Servicios de diagnóstico y prevención	Exámenes de rutina, radiografías, flúor y limpiezas	Sin cargo	Sin cargo
Limpiezas dentales	4 limpiezas por año	Sin cargo	Sin cargo
Servicios básicos de restauración	Empastes, extracciones, tratamiento de emergencia	Coseguro del 80 %*	Coseguro del 60 %*
Servicios principales de restauración	Coronas, inserciones y recubrimientos, dentaduras postizas y puentes	Coseguro del 50 %*	Coseguro del 40 %*
Ortodoncia	Ortodoncia para usted, su cónyuge cubierto y los hijos a cargo, hasta los 26 años	Coseguro del 50 %*	N/C

* El deducible aplica para los máximos de por vida.

SERVICIOS CUBIERTOS DE ORTODONCIA

Por lo general, el tratamiento de ortodoncia consta de la colocación inicial de un aparato y consultas periódicas de seguimiento.

- El beneficio pagadero por la colocación inicial no debe exceder el 25 % de la cantidad cobrada por el dentista.
- El beneficio pagable por las consultas periódicas de seguimiento se pagará por mes durante el curso del tratamiento de ortodoncia si:
 - » el seguro odontológico está en vigencia para la persona que recibe el tratamiento de ortodoncia; y
 - » se le brindan pruebas a MetLife de que el tratamiento de ortodoncia continúa.

Escanee este código QR o haga clic en él para encontrar un proveedor odontológico de MetLife dentro de la red. El nombre de nuestra red es PDP Plus Network.





PLAN OFTALMOLÓGICO



El seguro oftalmológico ayuda a pagar el costo de los exámenes periódicos de la vista y los lentes y marcos necesarios. Este plan cubre un examen anual de la vista, anteojos o lentes de contacto y marcos cada 12 meses. El plan le permite visitar a cualquier proveedor, pero recibirá el nivel más alto de beneficio cuando utilice proveedores dentro de la red a través de MetLife (**VSP Network**).

	Frecuencia	Costos dentro de la red	Reembolso fuera de la red
Examen de salud ocular, dilatación, recetas y refracción para anteojos	Una vez cada 12 meses	Cubierto en su totalidad después de un copago de \$10	Hasta \$45
Retinografía	Una vez cada 12 meses	Un copago de hasta \$39 para exámenes de rutina de la retina cuando se realiza en un consultorio privado	n/c
Materiales y anteojos	Una vez cada 12 meses	Copago de \$10 para materiales y anteojos	n/c
Unifocales, bifocales con línea, trifocales con línea, lenticulares	Una vez cada 12 meses	Cubierto después de un copago de \$10 para anteojos	Hasta \$30, \$50, \$65, \$100
Cristal progresivo básico	Una vez cada 12 meses	Cubierto en su totalidad después de un copago de \$55	Hasta \$50
Descuento*	Una vez cada 12 meses	\$130 de descuento después del copago de \$10 para anteojos	Hasta \$55
Costco, Walmart y Sam's Club	Una vez cada 12 meses	\$70 de descuento después del copago de \$10 para anteojos	n/c
Lentes de contacto (necesarios)	Una vez cada 12 meses	\$130 de descuento después del copago de \$10 para anteojos	Hasta \$210
Lentes de contacto (opcionales)	Una vez cada 12 meses	Descuento de hasta \$130	Hasta \$105
Segundo par de anteojos	Adicional: Está disponible un segundo par de anteojos o lentes de contacto en el mismo año del plan. Se aplican los copagos correspondientes. Dos pares de anteojos recetados; o un par de anteojos recetados y un descuento para lentes de contacto; o doble descuento para lentes de contacto.		
Corrección de la vista con láser	Se ahorra un 15 % en promedio del precio normal o 5 % de descuento en una oferta promocional para cirugía láser, lo que incluye PRK, LASIK y LASIK personalizada. Esta oferta solo está disponible en las ubicaciones participantes de MetLife.		

* Recibirá una rebaja del 20 % adicional en la cantidad que paga sobre su descuento. Esta oferta está disponible en todas las sitios participantes excepto en Costco.

Nota: Los lentes de contacto reemplazan a los anteojos.

Escanee este código QR o haga clic en él para encontrar un proveedor oftalmológico de MetLife dentro de la red.



RECURSOS DE SALUD MENTAL

LOS SIGUIENTES RECURSOS DE SALUD MENTAL SON GRATUITOS PARA TODOS LOS COLABORADORES.

La salud mental es esencial para llevar una vida sana y equilibrada. Una de cada cinco personas en los Estados Unidos sufre problemas de salud mental. La salud mental abarca nuestro bienestar psicológico, emocional y social. Por lo tanto, influye directamente en cómo nos sentimos, pensamos y comportamos todos los días. También nos afecta al momento de tomar decisiones, lidiar con el estrés y relacionarnos con los demás en nuestras vidas.



PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA EMPLEADOS

La vida no siempre va como la planeamos. Y aunque no siempre se pueden evitar los obstáculos, se puede obtener ayuda para seguir avanzando. Usted también tiene disponible nuestro Programa de asistencia para empleados (EAP), además de los beneficios de la cobertura del seguro de MetLife. Este programa le ofrece servicios fáciles de usar para ayudarlo con los desafíos cotidianos de la vida, sin costo adicional.

Asesoramiento experto para el trabajo, la vida y el bienestar

Puede hablar sobre lo que le suceda en la vida con los asesores experimentados del programa que se ofrecen a través de LifeWorks, uno de los proveedores de servicios del Programa de asistencia para empleados más importantes del país. El programa incluye hasta 5 consultas en persona, por teléfono o por video con consejeros profesionales para usted y los miembros de su hogar elegibles, por problema y por año calendario.

Comience con el EAP

Para utilizar los recursos proporcionados por el EAP, llame al 888-319-7819 o visite metlifeeap.lifeworks.com.

Nombre de usuario: metlifeeap

Contraseña: eap



AYUDA Y RECURSOS DE LIFEWORKS

El EAP de la empresa puede ayudarlo con sus metas de salud mental, emocional, de vinculación e incluso física.

Explore los recursos a través de su EAP diseñados para ayudarlo a alcanzar sus metas de salud física, lo que incluye:

- Herramientas para perder peso
- Cómo generar hábitos alimentarios conscientes
- Recursos de dieta y nutricionales
- Programas autoguiados CareNow
- ¡Y más!



MARKETPLACE CHAPLAINS

Marketplace Chaplains proporciona un servicio personalizado a través de equipos de atención con capellanes, que son voluntarios, neutrales con respecto a las operaciones de la empresa y estrictamente confidenciales. Los capellanes pueden ser hombres o mujeres, así como también de distintas etnias.

- Descargue la aplicación MyChap en su dispositivo móvil
 - » Haga clic aquí para descargar en [Android](#) | [Apple](#)
- Introduzca el código: 1573

LICENCIA REMUNERADA POR PATERNIDAD O MATERNIDAD

Para apoyar a nuestros padres nuevos, los colaboradores que dan a luz o adoptan a un niño recibirán hasta cuatro semanas de licencia remunerada por paternidad o maternidad (para los colaboradores por hora, se utiliza el promedio de horas trabajadas).

ELEGIBILIDAD

Para ser elegible para esta licencia, debe ser un colaborador regular de tiempo completo con un mínimo de 6 meses de contratación, y debe ser uno de los siguientes:

- La madre que dio a luz
- Un padre biológico o el cónyuge del padre biológico del recién nacido; o
- Un padre que ha adoptado a un niño o que ha sido recibido a un niño en acogida (en cualquier caso, el niño debe ser menor de 17 años).



SEGURO BÁSICO DE VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDA DE EXTREMIDADES (AD&D)

A través de MetLife, la empresa le proporciona un seguro básico de vida y muerte accidental y pérdida de extremidades (AD&D) sin costo alguno. Esta cobertura ayuda a garantizar que sus seres queridos, como su cónyuge u otros sobrevivientes designados, tendrán seguridad financiera después de su muerte.

Se puede visualizar el monto de su cobertura básica de vida y AD&D en la Plataforma de inscripción de beneficios.

SEGURO DE VIDA Y AD&D COMPLEMENTARIO

Además de la cobertura del seguro de vida y A&D proporcionada por la empresa, también puede adquirir el seguro de vida y AD&D complementario a través de MetLife. Los empleados nuevos pueden inscribirse en el monto máximo de cobertura sin tener que responder preguntas. Si renuncia a la cobertura de vida cuando cumple con los requisitos por primera vez y decide inscribirse más tarde, deberá presentar una declaración de buena salud llamada evidencia de asegurabilidad (EOI), que puede ser aprobada o rechazada a discreción de la empresa de seguros en ese momento.

Para inscribir a su cónyuge o hijos en el seguro de vida y AD&D complementario, primero debe inscribirse usted en la cobertura.

Para quienes recién se incorporan, la cobertura del cónyuge está garantizada por el monto de \$50,000. Si renuncia cuando cumple con los requisitos por primera vez, la cobertura por cualquier monto queda sujeta a la aprobación de la EOI.

Cobertura de vida y AD&D complementaria

Colaborador	Puede comprar una cobertura de \$50,000, \$100,000 y \$200,000
Cónyuge	Puede comprar una cobertura de \$50,000, \$100,000* y \$150,000*
Niños	Puede comprar una cobertura de \$10,000. Cobertura hasta los 26 años (nacidos vivos hasta los 6 meses \$1,000)

*Sujeto a evidencia de asegurabilidad para quienes recién se incorporan.



Designación de beneficiarios

Los beneficiarios son las personas o entidades (p. ej., una fundación u organización benéfica) que nombra para recibir sus beneficios de seguro de vida en caso de muerte. Puede actualizar la información de su beneficiario en cualquier momento desde la Plataforma de inscripción de beneficios.

Si no designa a un beneficiario, la empresa de seguros puede tardar más en pagar el beneficio y tendrá que recurrir a su política interna para determinar quién recibirá los beneficios (por ejemplo, su cónyuge sobreviviente, sus sucesores, etc.).

En caso de muerte de una persona a cargo, los beneficios se pagan a usted (es decir, no es necesaria la designación de beneficiarios).

PROTECCIÓN DE INGRESOS

DISCAPACIDAD

DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO*

El seguro de discapacidad voluntaria a corto plazo (STD) a través de MetLife protege una parte de sus ingresos si sufre una discapacidad debido a una enfermedad o lesión no laboral durante 13 semanas como máximo. Los beneficios de STD pueden reducirse si usted recibe algún beneficio por discapacidad pagado por el Estado.

Nota: Si renuncia a la cobertura de STD cuando cumple con los requisitos por primera vez y decide inscribirse más tarde, deberá presentar una declaración de buena salud llamada evidencia de asegurabilidad (EOI), que puede ser aprobada o rechazada a discreción de la empresa de seguros en ese momento. Si no completa la EOI dentro de los 60 días de la inscripción, su elección de STD cambiará a "Eximido".

Elegibilidad	1° del mes después de la contratación
Comienzo del beneficio	Después de 15 días
Monto del beneficio	60 % de las ganancias semanales
Beneficio máximo	\$2,500/semana; hasta 13 semanas de duración

Formularios de discapacidad

Puede encontrar los formularios de discapacidad en su Plataforma de inscripción de beneficios.

DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO

El seguro de discapacidad voluntaria a largo plazo (LTD) a través de MetLife protege una parte de sus ingresos si sufre una discapacidad debido a una enfermedad o lesión no laboral durante más de 90 días. Pueden aplicarse ciertas exclusiones, así como limitaciones por enfermedades preexistentes.

Nota: Si renuncia a la cobertura de LTD cuando cumple con los requisitos por primera vez y decide inscribirse más tarde, deberá presentar una declaración de buena salud llamada evidencia de asegurabilidad (EOI), que puede ser aprobada o rechazada a discreción de la empresa de seguros en ese momento. Si no completa la EOI dentro de los 60 días de la inscripción, su elección de LTD cambiará a "Eximido".

Comienzo del beneficio	Después de 90 días de discapacidad
Monto del beneficio	60 % de las ganancias mensuales
Beneficio mensual máximo	Clase 1: \$10,000 Clase 2: \$6,000
Enfermedades preexistentes	Antes de la fecha de entrada en vigencia

Nota: La empresa proporciona a los colaboradores corporativos beneficios por discapacidad a largo plazo (LTD) pagados por el empleador.

Escanee este código QR
para guardar la información de
contacto de MetLife en su teléfono.



*Los residentes de CA, NJ, NY y PR pueden reunir los requisitos para recibir beneficios estatales por discapacidad que serán compensados por la discapacidad voluntaria a corto plazo (VSTD). Es su responsabilidad determinar si cumple con los requisitos de su respectivo estado/territorio.



BENEFICIOS VOLUNTARIOS



SEGURO CONTRA ACCIDENTES

El seguro contra accidentes proporciona un amortiguador financiero para los eventos inesperados de la vida al brindarle un pago de suma global cuando su familia más lo necesita. Este paga varios montos en efectivo si, como resultado de un accidente, usted o las personas cubiertas que tenga a cargo reciben atención médica por uno de los más de 150 eventos cubiertos, según se define en el certificado de grupo, incluida la muerte accidental o la pérdida de extremidades. El seguro contra accidentes paga independientemente de lo que su plan médico pueda cubrir. El pago que recibe es suyo para gastarlo como quiera.

El plan ofrece un pago de suma global para más de 150 eventos cubiertos, como:

- Fracturas
- Dislocaciones
- Quemaduras de segundo y tercer grado
- Cortes o laceraciones
- Lesiones oculares
- Coma
- Desgarro en el cartílago de la rodilla
- Hernia de disco
- Concusiones

Recibirá un pago de suma global cuando tenga estos servicios/tratamientos médicos cubiertos:

- Ambulancia
- Atención de emergencia
- Cirugía con hospitalización o ambulatoria
- Consultas de seguimiento con el médico
- Transporte
- Beneficios de pruebas médicas (incluye radiografías, resonancias magnéticas y tomografías computarizadas)
- Servicios de terapia (incluida la terapia física y ocupacional)

Este plan solo brinda protección para los eventos cubiertos que se experimenten fuera del trabajo.

	Plan inferior	Plan superior
Fracturas y dislocaciones	\$50 a \$3,000	\$100 a \$6,000
Quemaduras de segundo y tercer grado	\$50 a \$5,000	\$100 a \$10,000
Concusiones	\$200	\$400
Lesiones oculares	\$200	\$300
Ambulancia	\$200 a \$750	\$300 a \$1,000
Atención de emergencia	\$25 a \$50	\$50 a \$100
Seguimiento médico	\$50	\$75
Aparatos médicos	\$50 a \$500	\$100 a \$1,000
Cirugía con hospitalización	\$100 a \$1,000	\$200 a \$2,000

Escanee este código QR para guardar la información de contacto de MetLife en su teléfono.





ENFERMEDAD CRÍTICA

El seguro de enfermedad crítica a través de MetLife complementa su cobertura médica y paga además lo que su plan médico puede cubrir o no. Es la cobertura que ofrece apoyo financiero cuando usted o una persona a cargo suyo se enferma gravemente.

Al momento del diagnóstico, se le brinda un pago de suma global de \$15,000 o \$30,000 en beneficios iniciales. Si usted o una persona cubierta a cargo sufre más de una enfermedad cubierta, el monto máximo total del beneficio es 3 veces mayor que el monto del beneficio inicial, que es de \$45,000 o \$90,000.

Las siguientes afecciones médicas están cubiertas:

- Cáncer
- Infarto
- Accidente cerebrovascular
- Injerto de derivación de la arteria coronaria
- Insuficiencia renal
- Enfermedad de Alzheimer
- Trasplante de órganos vitales
- Y muchas otras condiciones

Tenga en cuenta lo siguiente: Los beneficios no serán pagaderos por afecciones cubiertas que sean causadas por una enfermedad preexistente si ocurre durante los primeros 6 meses de la cobertura.



BENEFICIO DE \$50 PARA LOS EXÁMENES DE BIENESTAR

Los exámenes médicos son una parte importante en el manejo de la salud. Es por eso que su cobertura de seguro de enfermedad crítica de MetLife proporciona un beneficio adicional de exámenes de salud para las pruebas y los análisis cubiertos. Ahora, todas las personas inscritas, usted, su cónyuge e hijos a cargo, pueden ganar un beneficio adicional solo por cuidar de su salud.

Cómo solicitar el beneficio de \$50 para los exámenes de salud

Puede presentar varias solicitudes para su cónyuge o hijos a cargo, todo en una sola llamada.

1. Llame al **800-438-6388**.
2. Proporcione algunos detalles, lo que incluye el nombre, la dirección y el número de teléfono del proveedor de atención médica, la evaluación/prueba y la dirección y fecha en que se realizó.
3. Reciba su pago de beneficio para los exámenes de bienestar. (En general, los cheques se emiten dentro de unos pocos días hábiles una vez que se haya procesado la solicitud).



SEGURO JURÍDICO

La asistencia legal de calidad puede ser costosa. Y puede ser difícil saber a dónde acudir para encontrar un abogado en el que pueda confiar. Por una cuota mensual, puede tener un equipo de abogados de primera clase listos para ayudarlo a cuidar de los eventos legales planificados y no planificados de la vida.

MetLife Legal Plans le brinda acceso a la guía y las herramientas expertas que necesita para manejar la amplia gama de necesidades legales personales que podría enfrentar a lo largo de su vida. Esto podría ocurrir cuando esté comprando o vendiendo una casa, formando una familia, lidiando con un robo de identidad, o cuidando a sus padres mayores.

MetLaw podría ahorrarle cientos de dólares en honorarios de abogados por servicios jurídicos comunes, como:

- Documentos de planificación patrimonial, lo que incluye testamentos y fideicomisos
- Defensa contra el robo de identidad
- Infracciones de tránsito
- Derecho familiar, incluida la adopción y el cambio de nombre
- Cuestiones inmobiliarias
- Cuestiones financieras, como la revisión de documentos de defensa para el cobro de deudas
- Asesoramiento y consulta en materia jurídica personal



Escanee este código QR o haga clic en él para acceder a MetLife Legal Plans.

AHORROS



PLAN DE AHORROS 401(K)

El Plan de jubilación 401(k) está diseñado para ayudarle a ahorrar para su futuro. A través de aportes en su cuenta antes o después de los impuestos, puede construir ingresos para la jubilación. Puede elegir entre distintas opciones de inversión que lo ayuden a cumplir sus objetivos.

Para inscribirse o realizar cambios, inicie sesión en netbenefits.fidelity.com o llame al 800-835-5097.

Elegibilidad

Cumple con los requisitos para participar en la porción de contribución 401(k) del plan si:

- Completa 4 meses de servicio
- Es mayor de 21 años

Una vez que cumpla con los requisitos de aporte del 401(k), será elegible para participar en la porción de contribución 401(k) del plan el primer día del mes siguiente.

Aportar al plan

Usted puede decidir qué parte de su sueldo desea aportar directamente de su cheque de pago.

A través de la deducción automática de nómina, puede aportar entre el 1 % y el 100 % de su salario elegible, hasta el límite anual del IRS (2025 = \$23,500). Puede cambiar su porcentaje diferido en cualquier momento (espere 1 o 2 períodos de pago para ver los cambios reflejados).

Además, puede aumentar sus aportes al plan de ahorros para la jubilación de forma automática cada año a través del programa de aumento anual. Para suscribirse, ingrese a la sección de aportes dentro de Fidelity NetBenefits®, o llame al número gratuito del plan.

Si al final del año fiscal es mayor de 50 años y ha alcanzado el límite anual del IRS o el límite máximo de aporte del plan para el año, puede hacer contribuciones adicionales diferidas de su sueldo al plan hasta el límite de disposición de recuperación del IRS (2025 = \$7,500).

También tiene disponible la opción de aporte Roth 401(k). El aporte Roth 401(k) en su plan de jubilación le permite hacer aportes después de los impuestos y recibir cualquier ganancia asociada libre de impuestos al momento de la jubilación.

Aportes de la empresa

La empresa igualará sus aportes al 401(k) con las contribuciones Safe Harbor. Así es como funciona:

- **Dólar por dólar** en el primer **3 %** de su sueldo elegible que usted aporte.
- **50 centavos por dólar** en el próximo **2 %** que aporte.

Eso significa que si aporta **el 5 % de su sueldo**, jobtiene un **4 % de la empresa**!

El plan coincidirá con el total combinado de sus aportes diferidos antes de los impuestos, aportes diferidos Roth 401(k) después de los impuestos, y los montos de los aportes de recuperación hasta el límite correspondiente.

Escanee este código QR
o haga clic en él para
inscribirse en el Plan de
ahorros 401(k) a través de
Fidelity.



ASISTENCIA PARA INVERSIONES

Equity Planning Group proporciona asistencia gratuita a los colaboradores, desde la renovación de un plan anterior hasta la elección de fondos de inversión.

Llame al 419-842-3300 o envíe un correo electrónico a pjoseph@equitypg.com.

PLAN DE AHORROS 529

El plan College America es un plan de ahorros que puede ayudarle a construir una reserva de fondos para sus hijos, nietos, sobrinos, o cualquier otra persona que desee ayudar con los gastos de educación universitaria. El plan ofrece ventajas impositivas importantes a quienes invierten en la educación superior. Cualquier ganancia recibida sobre su aporte estará libre de impuestos siempre y cuando se utilice para propósitos educativos. Los colaboradores pueden inscribirse en este programa en la fecha de contratación. Para obtener más información o inscribirse, comuníquese con Equity Planning Group al 419-842-3300.



DailyPay es un beneficio que le permite obtener su pago en cualquier momento antes del día de pago y controlar con facilidad cuánto está ganando. Puede crear una cuenta de forma gratuita, y el sueldo disponible aumentará cada vez que trabaje. Puede transferir su pago en el momento pagando una tarifa. Para registrarse en DailyPay, debe estar inscrito en un depósito directo. También puede registrarse usando una tarjeta de débito prepaga. **Tenga en cuenta lo siguiente:** DailyPay solo está disponible en sitios elegibles.

ELEMENTOS PARA EL BIENESTAR FINANCIERO

- **Asesoramiento financiero gratuito:** DailyPay se asoció con Coordinated Assistance Network para ofrecerle sesiones gratuitas de asesoramiento de bienestar financiero. Estos mentores especializados pueden ayudarle a manejar sus gastos, generar ahorros, hacer una jugada para pagar deudas, ¡y mucho más! Puede solicitar estas sesiones en la aplicación DailyPay.
- **Función de ahorro automático:** Reserve una cantidad recurrente que se transfiera de su saldo disponible a su cuenta de ahorros cada día de pago.
- **Función de asignación:** Asigne su dinero a diferentes cuentas de ahorro que puede etiquetar para mantenerse organizado y motivado mientras ahorra.

El equipo de asistencia al usuario de DailyPay está disponible para ayudar en inglés y español al 866-432-0472. Conozca más en employee.dailypay.com.

Escanee los siguientes códigos QR o haga clic en ellos para descargar la aplicación DailyPay en su teléfono.



AVISOS IMPORTANTES

AVISO IMPORTANTE SOBRE LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y MEDICARE

Lea este aviso con atención y guárdelo donde pueda encontrarlo. Aquí se presenta información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con la empresa y sobre sus opciones conforme a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si tiene pensado unirse, debe comparar su cobertura actual, incluido qué medicamentos están cubiertos y el costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre este tema se encuentra al final de este aviso.

Existen dos aspectos importantes que necesita saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- La cobertura de medicamentos recetados de Medicare comenzó en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener este beneficio si se inscribe en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por la organización. Algunos planes también pueden ofrecer mayor cobertura si se paga una prima mensual más alta.
- Tras determinación de la empresa, se espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el plan de seguro, en promedio para todos los empleados del plan, pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare; por lo tanto, se considera una cobertura válida. Debido a que su cobertura existente es válida, puede conservar esta cobertura y no pagar una prima más alta (recargo) si luego decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando cumpla con los requisitos para Medicare por primera vez durante un período de inscripción inicial de siete meses. Ese período comienza tres meses antes de cumplir 65 años, incluye el mes en que los cumple, y continúa durante los tres meses siguientes. También puede inscribirse desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si se inscribe en este período, su cobertura comenzará el 1 de enero siguiente.

Sin embargo, si pierde su cobertura de medicamentos recetados válida actual, siempre que no sea culpa suya, también será elegible para un período especial de inscripción (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo se debe pagar una prima más alta (recargo) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura actual con la empresa y no se une a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos después de que finalice su cobertura actual, podría pagar una prima más alta (recargo) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días continuos o más sin una cobertura válida, su prima mensual podría aumentar por lo menos un 1 % de la prima base del beneficiario de Medicare de forma mensual por cada mes que no tuvo cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve (19) meses sin una cobertura válida, la prima podría aumentar al menos un 19 % de forma consistente en comparación con la prima base de beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (recargo) siempre y cuando tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que deba esperar hasta el próximo noviembre para inscribirse.

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados...

Comuníquese con la persona que se indica más abajo para obtener más información. NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período

en que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si cambia esta cobertura a través de la empresa. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones según la cobertura de medicamentos recetados de Medicare...

En el manual "Medicare y Usted" se puede encontrar más información sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Medicare le enviará una copia del manual por correo todos los años. También podría ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite medicare.gov
- Comuníquese con el Programa estatal de asistencia de seguros médicos (en la contratapa interior del manual "Medicare y Usted" se encuentra el número de teléfono) para obtener ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-633-4227. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, tiene disponible ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite la página de Seguro Social en socialsecurity.gov, o llame al 1-800-772-1213 (para usuarios TTY: 1-800-325-0778).

Recordatorio: Guarde este aviso de la Parte D de Medicare. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba proporcionar una copia de este aviso cuando se una para demostrar si ha mantenido o no una cobertura válida y, por lo tanto, si está obligado o no a pagar una prima más alta (recargo).

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de la empresa no se verá afectada. Para la mayoría de las personas que tienen cobertura, el plan pagará primero los beneficios de medicamentos recetados, y Medicare determinará sus pagos en segundo lugar. Para obtener más información sobre qué programa paga primero y qué programa paga en segundo lugar, consulte la descripción resumida del plan o comuníquese con Medicare al número de teléfono o dirección web que aparecen aquí.

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare y abandonar su cobertura actual de la empresa, tenga en cuenta que usted y las personas a cargo suyo no podrán recuperar esta cobertura.

AVISO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL CONFORME A LA LEY HIPAA

Aviso de derechos especiales de inscripción para la cobertura del plan médico

Como sabe, si ha rechazado la inscripción en el plan de salud de la empresa para usted o las personas a cargo suyo (incluido su cónyuge o pareja de hecho) debido a otra cobertura de seguro de salud, usted o personas a su cargo pueden inscribirse en algunas coberturas conforme a este plan sin esperar el siguiente período de inscripción abierta, siempre que lo solicite dentro de los 30 días posteriores a la finalización de la cobertura anterior. Además, si tiene una nueva persona a cargo como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación por adopción, puede inscribirse a usted mismo y a las personas a cargo suyo elegibles, siempre que lo solicite dentro de los 30 días posteriores al evento.

La empresa también permitirá una oportunidad especial de inscripción si usted o las personas a cargo suyo elegibles:

- pierden la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) porque ya no cumplen con los requisitos; o
- cumplen con los requisitos para recibir un programa estatal de asistencia de primas conforme a Medicaid o CHIP.

Para estas oportunidades, tendrá 60 días, en lugar de 30, a partir de la fecha del cambio de elegibilidad de Medicaid/CHIP para solicitar la inscripción en el plan de salud grupal de la empresa. Tenga en cuenta que esta nueva extensión de 60 días no se aplica a las oportunidades de inscripción que no se produzcan debido al cambio de elegibilidad de Medicaid/CHIP.

Nota: Si la persona a cargo suyo cumple con los requisitos para recibir el derecho de inscripción especial, puede agregar esta persona a su cobertura actual o cambiar a otro plan médico. Cualquier otra persona a cargo que tenga cobertura actual también puede cambiarse al nuevo plan en el que se inscribe.

LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LAS MUJERES

Si ya se sometió o se someterá a una mastectomía, podría tener derecho a ciertos beneficios según la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de las Mujeres de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de una manera determinada en consulta con el médico tratante y la paciente, para:

Todas las etapas de reconstrucción del busto en la que se realizó la mastectomía;

- Cirugía y reconstrucción del otro busto para producir una apariencia simétrica; prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios que se proporcionarán están sujetos a los mismos deducibles y coseguros correspondientes a otros beneficios médicos y quirúrgicos que este plan ofrece. Consulte la descripción resumida del plan para conocer los detalles sobre el deducible, el porcentaje de beneficios y los requisitos del copago. Si desea obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, comuníquese con Recursos Humanos.

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

En general, los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios de cualquier duración de hospitalización en relación con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una operación cesárea. Sin embargo, la ley federal tampoco prohíbe que el proveedor de atención de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, le dé de alta a ella o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, según la ley federal, requerir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para indicar una duración de estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA CONFORME A LA LEY COBRA

Está recibiendo este aviso porque hace poco recibió la cobertura conforme el plan de salud grupal de la empresa. Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura de la ley COBRA, que se trata de una extensión temporal de la cobertura conforme al plan. En términos generales, este aviso explica la continuación de la cobertura de la ley COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger su derecho a recibirla. El derecho a recibir la continuación de la cobertura de la ley COBRA fue creada por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). Usted podría recibir esta continuación si llegara a perder su cobertura de salud grupal actual. También puede estar disponible para otros miembros empleados de su familia que estén cubiertos por el plan, si llegan a perder su cobertura de salud grupal.

Para obtener información adicional sobre sus derechos y obligaciones según el plan y la ley federal, debe revisar la descripción resumida del plan o comunicarse con Recursos Humanos.

¿Qué es la continuación de la cobertura de la ley COBRA?

La continuación de la cobertura de la ley COBRA es una continuación de la cobertura del plan si su cobertura se llegara a terminar debido a un evento de vida conocido como "evento calificado". Los eventos calificados específicos se indican más adelante en este aviso. Después de dicho evento, se le puede ofrecer la continuación de la cobertura de la ley COBRA a todas las personas que sean "beneficiarios calificados". Usted, su cónyuge/pareja de hecho y sus hijos a cargo podrían convertirse en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del plan debido al evento calificado. Según el plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de la cobertura de la ley COBRA deben pagar por ella.

Si usted es empleado, se convertirá en beneficiario calificado al perder la cobertura del plan si ocurriera uno de los siguientes eventos calificados:

- Se reducen sus horas de empleo.
- Se finaliza su contrato de trabajo por cualquier otra razón que no sea su mala conducta.

Si usted es el cónyuge/pareja de hecho de un empleado, se convertirá en beneficiario calificado al perder la cobertura del plan si ocurriera cualquiera de los siguientes eventos calificados:

- Su cónyuge/pareja de hecho muere.
- Se reducen las horas de empleo de su cónyuge/pareja de hecho.
- Se finaliza el contrato de trabajo de su cónyuge/pareja de hecho por cualquier otra razón que no sea su mala conducta.
- Su cónyuge/pareja de hecho se inscribe en los beneficios de Medicare (en la Parte A, Parte B, o en las dos).
- Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge/pareja de hecho.

Si el plan proporciona cobertura de atención médica a empleados jubilados, se aplica lo siguiente: Presentar un procedimiento en bancarrota conforme al Título 11 del Código de los EE. UU. puede considerarse como evento calificado. Si se presenta dicho procedimiento con respecto a su empleador, y esa bancarrota produce la pérdida de la cobertura de cualquier empleado jubilado cubierto por el plan, el empleado jubilado se convertirá en beneficiario calificado con respecto a la bancarrota. El cónyuge/pareja de hecho del empleado jubilado, el cónyuge/pareja de hecho sobreviviente y los hijos a cargo también se convertirán en beneficiarios calificados si la bancarrota produce la pérdida de su cobertura bajo el plan.

¿Cuándo está disponible la cobertura de la ley COBRA?

El plan ofrecerá la continuación de la cobertura de la ley COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que se haya notificado a la empresa de que se ha producido un evento calificado. Cuando el evento calificado supone el fin del empleo o la reducción de horas de empleo, la muerte del empleado, en el caso de la cobertura médica del empleado jubilado, el inicio de un procedimiento en bancarota con respecto al empleador, o el empleado tiene derecho a recibir beneficios de Medicare (en la Parte A, Parte B, o las dos), el empleador debe notificar a la empresa del evento calificado.

Aviso requerido

Usted tiene la obligación de notificar algunos eventos calificados para los otros eventos calificados (divorcio o separación legal del empleado y cónyuge/pareja de hecho o la pérdida de elegibilidad de un hijo a cargo para la cobertura como tal). Debe notificar al administrador del plan dentro de los 60 días después de que ocurra el evento calificado. Comuníquese con su empleador o con el administrador de COBRA para conocer los procedimientos al realizar este aviso, incluida una descripción de cualquier información o documentación requerida.

¿Cómo se proporciona la cobertura de la ley COBRA?

Una vez que la empresa reciba el aviso de que se ha producido un evento calificado, se ofrecerá la continuación de la cobertura de la ley COBRA a todos los beneficiarios calificados. Cada uno tendrá el derecho independiente de elegir la continuación de la cobertura. Los empleados cubiertos pueden elegir dicha continuación en nombre de sus cónyuges/parejas de hecho, y los padres pueden hacerlo en nombre de sus hijos.

La continuación de la cobertura de la ley COBRA es solo temporal. Cuando el evento calificado supone que el empleado muere, que el empleado tiene derecho a beneficios de Medicare (en la Parte A, Parte B, o las dos), que el empleado se divorcia o se separa legalmente, o que el hijo a cargo del empleado pierde su elegibilidad como tal, la continuación de la cobertura de la ley COBRA dura hasta 36 meses.

Cuando el evento calificado supone el fin del empleo o la reducción de las horas de empleo, y el empleado adquiere el derecho a recibir beneficios de Medicare menos de 18 meses antes del evento calificado, la continuación de la cobertura de la ley COBRA para los beneficiarios calificados, que no sean el empleado, dura hasta 36 meses después de la fecha del derecho a recibir

Medicare. Por ejemplo, si un empleado cubierto tiene derecho a recibir Medicare 8 meses antes de la fecha en que termine su empleo, la continuación de la cobertura de la ley COBRA para su cónyuge/pareja de hecho e hijos puede durar hasta 36 meses después de la fecha del derecho a recibir Medicare, lo que equivale a 28 meses después de la fecha del evento calificado (36 meses menos 8). De lo contrario, cuando el evento calificado supone el final del empleo o la reducción de las horas de empleo del empleado, la continuación de la cobertura suele durar hasta 18 meses en total solamente. Existen dos maneras en que este período de 18 meses se puede extender.

Extensión por discapacidad del período de 18 meses de la continuación de la cobertura

Si la Administración del Seguro Social determina que usted o un familiar suyo cubierto por el plan sufre una discapacidad, y usted lo notifica a la empresa de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a recibir hasta 11 meses adicionales de continuación de la cobertura de la ley COBRA durante un máximo de 29 meses en total. La discapacidad deberá haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de la cobertura de la ley COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses. Comuníquese con la empresa o con el administrador de COBRA para conocer los procedimientos al realizar este aviso, incluida una descripción de cualquier información o documentación requerida.

Extensión del período de 18 meses de continuación de la cobertura debido a un segundo evento calificado

Si su familia experimenta otro evento calificado mientras recibe los 18 meses de continuación de la cobertura de la ley COBRA, su cónyuge/pareja de hecho y sus hijos a cargo pueden obtener hasta 18 meses adicionales de extensión durante un máximo de 36 meses si el aviso del segundo evento calificado se notifica al plan de manera adecuada. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge/pareja de hecho y los hijos a cargo que reciben la continuación de la cobertura si el empleado o antiguo empleado muere, si tiene derecho a recibir beneficios de Medicare (según la Parte A, Parte B, o las dos), si se divorcia o separa legalmente o si el hijo a cargo pierde su elegibilidad como tal según el plan, pero solo en el caso de que el evento produjera que el cónyuge/pareja de hecho o hijo a cargo perdieran la cobertura del plan si el primer evento calificado no hubiera ocurrido.

Si tiene preguntas

Las preguntas relacionadas con el plan o su derecho de continuación de la cobertura de la ley COBRA deben dirigirse a la empresa. Para obtener más información sobre sus derechos conforme a la ley ERISA, incluida la ley COBRA, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) y otras leyes que afectan los planes de salud grupales, comuníquese con la oficina regional o del distrito de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA) del Departamento de Trabajo de los EE. UU. más cercana en su área o visite el sitio web de EBSA en dol.gov/ebsa. (En el sitio web de EBSA se pueden encontrar las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de los distritos).

MANTENGA A SU PLAN INFORMADO DE LOS CAMBIOS DE DOMICILIO

Con el fin de proteger los derechos de su familia, debe mantener a la empresa informada de cualquier cambio de domicilio. También deberá guardar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que le envíe a la empresa.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PLAN

Comuníquese con su empleador para obtener el nombre, la dirección y el número de teléfono de la parte responsable de administrar la continuación de su cobertura de la ley COBRA.

ASISTENCIA DE PRIMAS CONFORME A MEDICAID Y AL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted o sus hijos cumplen los requisitos para recibir Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia de primas que puede ayudarlo a pagar la cobertura, para lo que se utilizan los fondos de los programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para recibir Medicaid o CHIP, no cumplirá con los requisitos para estos programas de asistencia de primas; sin embargo, es posible comprar una cobertura de seguro individual a través de Health Insurance Marketplace. Para obtener más información, visite healthcare.gov.

Si usted o sus personas a cargo ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que se indican a continuación, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si tiene disponible la asistencia de primas.

Si usted o sus personas a cargo NO están inscritos en Medicaid o CHIP en este momento, y cree que podrían cumplir los requisitos para recibir cualquiera de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP, llame al 1-877-KIDS-NOW, o visite insurekidsnow.gov para averiguar cómo presentar una solicitud. Si cumple con los requisitos, pregúntele a su estado si tienen algún programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus personas a cargo son elegibles para la asistencia de primas conforme a Medicaid o CHIP, así como también según el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en dicho plan si aún no lo hizo. Esto se conoce como oportunidad de "inscripción especial", y **debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores a la designación de su elegibilidad para recibir asistencia de primas**. Si tiene preguntas acerca de inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo al askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está vigente desde el 17 de marzo de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

Para conocer si algún otro estado ha agregado un programa de asistencia de primas desde el 17 de marzo de 2025 o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con:

Departamento de Trabajo de los EE. UU.
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción 4 del menú, interno 61565

ALABAMA – Medicaid
myalhipp.com
1-855-692-5447

ALASKA – Medicaid
Programa para el pago de primas
myakhipp.com
1-866-251-4861
customerservice@myakhipp.com
Elegibilidad para Medicaid: health.alaska.gov/dpa/pages/default.aspx

ARKANSAS – Medicaid
myarhipp.com
1-855-692-7447

CALIFORNIA – Medicaid
<http://dhcs.ca.gov/hipp>
Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
916-445-8322

COLORADO – Medicaid y CHIP

Medicaid: healthfirstcolorado.com

Centro de contacto para miembros de Health First Colorado:

1-800-221-3943 / Servicio de relevador del estado 711

CHIP: hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus

Servicio de atención al cliente de CHIP: 1-800-359-1991 /

Servicio de relevador del estado 711

HIBI: mycohibi.com

Servicio de atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442

FLORIDA – Medicaid

flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html

1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid

Sitio web de HIP: medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp

678-564-1162, presione 1

Sitio web de CHIPRA: medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra

678-564-1162, presione 2

INDIANA – Medicaid

Plan Healthy Indiana para adultos con bajos ingresos de 19 a 64 años:

in.gov/fssa/dfr/

1-800-403-0864

Todos los demás Medicaid: in.gov/medicaid/

1-800-457-4584

IOWA – Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid: hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid

Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366

Sitio web de Hawki: dhs.iowa.gov/hawki

Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563

Sitio web de HIP: hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp

Teléfono de HIP: 1-888-346-9562

KANSAS – Medicaid

kancare.ks.gov

1-800-792-4884

Teléfono de HIP: 1-800-967-4660

KENTUCKY – Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid de Kentucky: chfs.ky.gov/agencies/dms

Sitio web de KI-HIP: chfs.ky.gov/agencies/dms/member/pages/kihipp.aspx

1-855-459-6328

Correo electrónico: kihipp.program@ky.gov

Sitio web de KCHIP: kynect.ky.gov

1-877-524-4718

LOUISIANA – Medicaid

medicaid.la.gov

ldh.la.gov/lahipp

1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIP)

MAINE – Medicaid

mymaineconnection.gov/benefits/

Inscripción: 1-800-442-6003

Página web de Private Health Insurance Premium

maine.gov/dhhs/ofl/applications-forms

Private HIP: 1-800-977-6740

Servicio de relevador de Maine 711

MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP

mass.gov/masshealth/pa

1-800-862-4840

TTY: 711

masspremassistance@accenture.com

MINNESOTA – Medicaid

mn.gov/dhs/health-care-coverage/

1-800-657-3739

MISSOURI – Medicaid

dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm

573-751-2005

MONTANA – Medicaid

dphhs.mt.gov/montanahealthcareprograms/hipp

1-800-694-3084

hshippprogram@mt.gov

NEBRASKA – Medicaid

accessnebraska.ne.gov

1-855-632-7633

Lincoln: 402-473-7000

Omaha: 402-595-1178

NEVADA – Medicaid

dhcfp.nv.gov

1-800-992-0900

NEW HAMPSHIRE – Medicaid

dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program

603-271-5218

Número gratuito del programa HIP:

1-800-852-3345, interno 15218

NEW JERSEY – Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid: state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid

Teléfono de Medicaid: 609-631-2392

Sitio web de CHIP: njfamilycare.org/index.html

Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)

NEW YORK – Medicaid

health.ny.gov/health_care/medicaid

1-800-541-2831

NORTH CAROLINA – Medicaid

medicaid.ncdhhs.gov

919-855-4100

NORTH DAKOTA – Medicaid

hhs.nd.gov/healthcare

1-844-854-4825

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP

insureoklahoma.org

1-888-365-3742

OREGON – Medicaid

healthcare.oregon.gov/pages/index.aspx

1-800-699-9075

PENNSYLVANIA – Medicaid y CHIP

Medicaid: pa.gov/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html

1-800-692-7462

CHIP: pa.gov/agencies/dhs/resources/chip.html

Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)

RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP

eohhs.ri.gov

1-855-697-4347, o 401-462-0311 (conexión directa)

SOUTH CAROLINA – Medicaid

scdhhs.gov

1-888-549-0820

SOUTH DAKOTA – Medicaid

dss.sd.gov

1-888-828-0059

TEXAS – Medicaid

hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program

1-800-440-0493

UTAH – Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid: medicaid.utah.gov

Sitio web de CHIP: health.utah.gov/chip

Sitio web de Adult Expansion: medicaid.utah.gov/expansion/

Sitio web del Programa de Compra de Medicaid en Utah: medicaid.utah.gov/buyout-program/

1-877-222-2542

VERMONT – Medicaid

dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program

1-800-250-8427

VIRGINIA – Medicaid y CHIP

Medicaid: coverva.dmas.virginia.gov/

CHIP: coverva.dmas.virginia.gov/learn/coverage-for-children/

1-800-432-5924

WASHINGTON – Medicaid

hca.wa.gov

1-800-562-3022

WEST VIRGINIA – Medicaid

dhhr.wv.gov/bms

mywvhipp.com

Teléfono de Medicaid: 304-558-1700

Teléfono de CHIP: 1-855-699-8447

WISCONSIN – Medicaid y CHIP

dhs.wisconsin.gov/badgercareplus

1-800-362-3002

WYOMING – Medicaid

health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility

1-800-251-1269

DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DEL PAPELEO

De acuerdo con la Ley de Reducción del Papeleo de 1995 (ley pública 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación indique un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede llevar a cabo o patrocinar una recopilación de información a menos que sea aprobada por la OMB conforme a la ley PRA e indique un número de control válido actual de la OMB, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que se indique un número de control válido actual de la OMB. Consulte el Código de los EE. UU., título 44, artículo 3507. Además, a pesar de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona será sancionada por no cumplir con una recopilación de información si en ella no se indica un número de control válido actual de la OMB. Consulte el Código de los EE. UU., título 44, artículo 3512.

Según la información del público, se estima que la carga para la recopilación de información es de siete minutos por encuestado. Se anima a las partes interesadas a enviar comentarios con respecto a la estimación de esta carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, lo que incluye sugerencias para reducirla, al Departamento de Trabajo de los EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, Oficina de Políticas e Investigación, a la atención de: Director de autorizaciones de PRA, 200 Constitution Avenue, N.W., oficina N-5718, Washington, DC 20210 o por correo electrónico a ebssa.opr@dol.gov con referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de control de la OMB 1210-0137 (vence el 31 de enero de 2026)

NUEVAS OPCIONES DE COBERTURA DE HEALTH INSURANCE MARKETPLACE Y SU COBERTURA DE SALUD

Formulario aprobado OMB N° 1210-0149 (vence el 31 de diciembre de 2026)

PARTE A: Información general

Incluso si se le ofrece cobertura de salud a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través de Health Insurance Marketplace ("Marketplace"). Para ayudarle a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre Health Insurance Marketplace.

¿QUÉ ES HEALTH INSURANCE MARKETPLACE?

Marketplace está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. Ofrece una "ventanilla única" para encontrar y comparar las opciones de seguro médico privado disponibles en su área geográfica.

¿PUEDO AHORRAR DINERO CON MIS PRIMAS DE SEGURO MÉDICO EN MARKETPLACE?

Podría cumplir los requisitos para ahorrar dinero y reducir el costo de la prima mensual y otros costos de bolsillo, pero solo si su empleador no le ofrece cobertura u ofrece una cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple con determinados estándares de valor mínimo (que se explican a continuación). Los ahorros en primas para los que usted es elegible depende de sus ingresos familiares. También podría cumplir los requisitos para recibir un crédito fiscal que disminuya sus costos.

¿LA COBERTURA DE SALUD BASADA EN EL EMPLEO AFECTA LA ELEGIBILIDAD PARA LOS AHORROS DE PRIMAS A TRAVÉS DE MARKETPLACE?

Sí. Si su empleador le ofrece una cobertura médica que se considera asequible para usted y cumple con determinados estándares de valor mínimo, no será elegible para recibir un crédito fiscal, o pago anticipado del crédito fiscal, para su cobertura de Marketplace, por lo que le conviene inscribirse en el plan médico de su empleo. Sin embargo, puede cumplir los requisitos para recibir un crédito fiscal, y pagos anticipados del crédito, que ayudan a reducir la prima mensual, o una reducción en determinados costos compartidos, si su empleador no le ofrece ninguna cobertura o no le ofrece una cobertura que se considere asequible para usted o que no cumpla con los estándares de valor mínimo. Si su parte del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del 9.12 % de su ingreso familiar anual, o si la cobertura a través del empleo no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para recibir un crédito fiscal, y pagos anticipados del crédito, si no se inscribe en la cobertura de salud que le ofrece su empleador. Para los familiares del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del plan más económico del empleado que pudiera cubrir a todos los miembros de la familia no excede el 9.12 % del ingreso familiar.

Nota: Si compra un plan médico a través de Marketplace en lugar de aceptar la cobertura ofrecida a través de su empleo, podría perder el acceso a lo que el empleador aporte a la cobertura basada en el empleo. Además, este aporte, así como su contribución como empleado a dicha cobertura, se suele excluir de los ingresos para el impuesto sobre la renta federal y estatal. Los pagos que realice para la cobertura a través de Marketplace se consideran pagos después de los impuestos. Además, tenga en cuenta que si la cobertura médica ofrecida a través de su empleo no cumple con los estándares de asequibilidad o valor mínimo y usted acepta esa cobertura de todos modos, no cumplirá los requisitos para recibir un crédito fiscal. Debe tener en cuenta todos estos factores al determinar si debe comprar un plan de salud a través de Marketplace.

1 Indexado de forma anual; consulte irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf para el 2023.

2 Un plan de salud patrocinado por el empleador u otro plan de salud basado en el empleo cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el mismo plan no es inferior al 60 % de esos costos. Para la elegibilidad del crédito fiscal de prima y para cumplir con el "estándar de valor mínimo", el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios como de los servicios médicos.

¿CUÁNDO PUEDO INSCRIBIRME EN LA COBERTURA DE SEGURO MÉDICO A TRAVÉS DE MARKETPLACE?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico de Marketplace durante el período de inscripción abierta anual de Marketplace. La inscripción abierta varía según el estado, pero suele comenzar el 1 de noviembre y continúa por lo menos hasta el 15 de diciembre.

Fuera del período de inscripción abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si califica para un período de inscripción especial. En general, cumple los requisitos para este período especial si ha tenido ciertos eventos de vida calificados, como casarse, tener un bebé, adoptar a un niño o perder la elegibilidad de otra cobertura médica. Según el tipo de período de inscripción especial, es posible que tenga 60 días antes o después del evento de vida calificado para inscribirse en un plan de Marketplace.

También existe un período especial de inscripción en Marketplace para las personas y sus familias que pierden la elegibilidad de la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) desde el 31 de marzo de 2023 hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia nacional de salud pública debido al COVID-19, las agencias estatales de Medicaid y CHIP no pudieron terminar, en general, la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que se haya inscrito desde el 18 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanudan las prácticas regulares de elegibilidad e inscripción, muchas personas podrían ya no cumplir los requisitos para recibir dicha cobertura a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. está ofreciendo un período de inscripción especial temporario de Marketplace, a fin de permitir que estas personas se inscriban en una cobertura privada.

Las personas elegibles para Marketplace que vivan en los estados atendidos por [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), que presenten una nueva solicitud o actualicen una solicitud existente en [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y confirmen una fecha de terminación de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período, cumplen con los requisitos para recibir un período de inscripción especial de 60 días. Eso significa que si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, es posible que pueda inscribirse en la cobertura de Marketplace dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP. Además, si usted o sus familiares están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para recibir información sobre los cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llame al centro de atención de Marketplace al 1-800-318-2596. Los usuarios TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS EXISTEN PARA LA COBERTURA DE MARKETPLACE HEALTH INSURANCE?

Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un seguro de salud basado en el empleo (como uno patrocinado por el empleador), también pueden ser elegibles para recibir un período de inscripción especial para inscribirse en ese plan en determinadas circunstancias, incluso si usted o las personas a cargo suyo estuvieron inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y la perdieron. Por lo general, tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo; sin embargo, si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo y el 10 de julio de 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o con el plan de salud basado en empleo.

De forma alternativa, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento completando una solicitud a través de Marketplace o solicitándolo directamente a través de su agencia estatal de Medicaid. Visite healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/ para conocer más detalles.

¿CÓMO PUEDO OBTENER MÁS INFORMACIÓN?

Marketplace puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, lo que incluye conocer la elegibilidad para la cobertura y su costo. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluida una solicitud en línea para la cobertura de seguro médico e información de contacto para encontrar un seguro médico de Marketplace en su área.

PARTE B: Información sobre la cobertura de salud ofrecida por su empleador

Esta sección contiene información sobre todas las coberturas de salud ofrecidas por su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en Marketplace, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está numerada para que se corresponda con la solicitud en Marketplace.

Nombre del empleador: Remington Hotels LLC
Número de identificación del empleador (EIN): 20-0558870
Número de teléfono del empleador: (972) 778-9368
Dirección del empleador: 14185 Dallas Pkwy #1150
Dallas, TX 75254

Contacto sobre la cobertura: Jason Mansfield
Número de teléfono: (972) 778-9239

Dirección de correo electrónico:
benefits@remingtonhotels.com

A continuación, se detalla información básica sobre la cobertura de salud ofrecida por este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para:
 - » Algunos empleados. Los empleados elegibles son los de tiempo completo y los que trabajan 30 horas por semana en promedio.
- Con respecto a las personas a cargo:
 - » Ofrecemos cobertura. Las personas a cargo elegibles son los cónyuges e hijos.

Esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo, y el costo de esta cobertura para usted intenta ser asequible, según el salario de los empleados.

** Incluso si su empleador tiene la intención de que la cobertura sea asequible, usted podría ser elegible aún para recibir un descuento de prima a través de Marketplace, quien usará sus ingresos familiares, junto con otros factores, para determinar si cumple con los requisitos para recibir un descuento de prima. Por ejemplo, si su salario varía de una semana a otra (tal vez trabaja por hora o trabaja sobre la base de una comisión), si es un empleado nuevo de mediados de año, o si tiene otras pérdidas de ingresos, todavía puede calificar para recibir un descuento de prima.

Si decide comprar una cobertura en Marketplace, HealthCare.gov lo guiará a través del proceso. Aquí está la información del empleador que deberá ingresar cuando visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para averiguar si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales.

AVISO SOBRE LA DISPONIBILIDAD DEL AVISO DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA), los planes médicos deben proporcionar a las personas cubiertas un aviso de privacidad que explique, entre otras cosas, los usos y las divulgaciones de la información médica protegida que pueden recibir de los planes, sus derechos con respecto a esa información y las responsabilidades del plan.

El plan de salud de Strive to Thrive Benefits mantiene un aviso de las prácticas de privacidad que brinda información a las personas cuya información médica protegida (PHI) será utilizada o mantenida por el plan.

Si desea una copia del aviso de las prácticas de privacidad del plan, comuníquese con:

Strive to Thrive Benefits
14185 Dallas Parkway, Ste 1150
Dallas, TX 75254
benefits@remingtonhotels.com

Para obtener más información sobre HIPAA o para presentar un reclamo:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
Oficina de Derechos Civiles
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
(202) 619-0257 Línea gratuita: 1-877-696-6775

CON QUIÉN COMUNICARSE

Comuníquese con el equipo de beneficios en benefits@remingtonhotels.com o con su equipo de Recursos Humanos si tiene preguntas sobre los beneficios, la elegibilidad y las primas. Comuníquese directamente con un proveedor cuando necesite ayuda para encontrar un profesional o presentar una reclamo.

Plan	Aseguradora y red	Número de los grupos (Consulte las abreviaturas a continuación).	Sitio web	Teléfono
Médico	GenerationYou™ – Servicio de asesoramiento médico	AHS, POL, RED, RHC: 76415481 AHA, ASE, PPM, WIC: 76415482 REM Field, Inspire, ITW, SEB: 76415483	UMR.com	844-600-0919
Recetas médicas	SmithRx, administrador de beneficios de farmacia	N/C	member.mysmithrx.com	844-454-5201
Odontología	MetLife (PDP Plus Network)	AHS, INSPIRE, ITW, POL, RED, REM FIELD, RHC, SEB: 0101309 AHA, ASE, PPM, WIC: 0151209	metlife.com/dental	800-942-0854
Oftalmología	MetLife (VSP Network)		metlife.com/vision	855-638-3931
Programa de asistencia para empleados, servicios de asesoramiento	MetLife		metlifeeap.lifeworks.com (contraseña: eap)	888-319-7819
Discapacidad a corto plazo y largo plazo	MetLife		metlife.com	800-438-6388
NYPFL/NYDBL	MetLife		metlife.com	Reclamos nuevos: 866-729-9201 En curso: 800-858-6506
401(k)	Fidelity Investments	N/C	401k.com	800-835-5097
Planificación de la jubilación	Equity Planning Group, asistencia para inversiones	N/C	equityplanning.com	419-842-3314
Enfermedades críticas y accidentes	MetLife	AHS, INSPIRE, ITW, POL, RED, REM FIELD, RHC, SEB: 0101309 AHA, ASE, PPM, WIC: 0151209	metlife.com	800-438-6388
Plan de asesoramiento jurídico	MetLife		legalplans.com	800-821-6400
Seguro para mascotas	MetLife		metlife.com/getpetquote	800-438-6388

ABREVIATURAS DE LOS GRUPOS

AHA | Ashford Hospitality
AHS | Ashford Hospitality
Services
ASE | Ashford Securities
PPM | Premier Project
Management

RHC | Remington
Hospitality Corporate
RED | RED Hospitality
POL | Pure
WIC | Warwick

¿QUIÉN ESTÁ INCLUIDO SEGÚN EL SECTOR?

Remington Field
INSPIRE
Island Time Watersports
Sebagio

Visite StriveToThriveBenefits.com
o escanee este
código QR
para acceder
hoy mismo al
sitio web de
StriveToThrive.



NOTAS

[illegible]

