



PATRIOT
CONTRACTORS



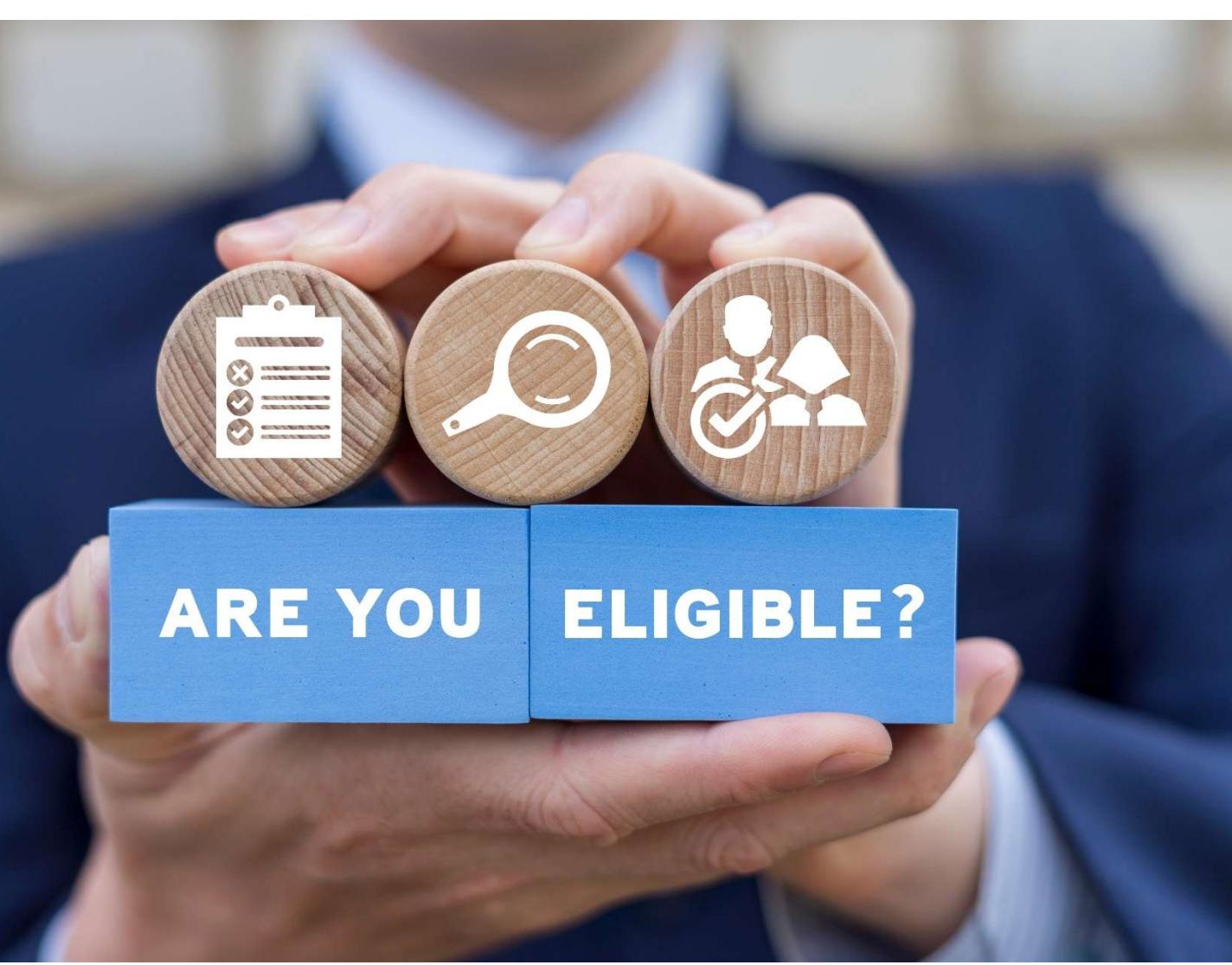
GUÍA DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS

1 de Enero de 2026 a 31 de Diciembre de 2026

 **Brown & Brown**

Esta Guía de Beneficios ofrece una breve descripción de los beneficios del plan. Para más información sobre beneficios, exclusiones y limitaciones del plan, consulte los documentos del Plan o contacte directamente con la aseguradora/administrador. Si surge algún conflicto entre esta Guía y alguna disposición del plan, los términos del documento real del plan u otros documentos aplicables prevalecerán en todos los casos. Los beneficios pueden modificarse en cualquier momento.

Quién es Elegible?



Los empleados a tiempo completo pueden participar en planes de beneficios en **el primer día del mes siguiente a 60 días de servicio continuado para los empleados** y la **el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación para la dirección**.

El empleo a tiempo completo se define como trabajar un mínimo de **30** horas semanales. Tus dependientes elegibles **incluyen a tu cónyuge y a tus hijos dependientes. Los hijos dependientes pueden cumplir los 26 años.**

Los empleados elegibles se inscriben a través del portal Bswift. Recibirás un correo electrónico de inscripción de Recursos Humanos cuando te concedan el acceso, y debes elegir o renunciar a la cobertura antes de la fecha límite indicada.

¡Bienvenido a nuestro portal de beneficios!

Nuestro portal de beneficios te ofrece una conexión directa a nuestra información de beneficios en un único lugar seguro y cómodo que puede consultarse desde cualquier ordenador con acceso a Internet, en cualquier momento.

Empezar

Para iniciar sesión, ve a <https://patcook.bswift.com>

Tu **nombre de usuario** es la inicial de tu nombre + Apellido completo + los últimos 4 dígitos de tu número de la seguridad social.

Tu **contraseña** son los últimos cuatro dígitos de tu número de la Seguridad Social. Después de iniciar sesión con éxito por primera vez, se te pedirá que cambies tu contraseña por una única.

¿Olvidaste la contraseña?

Haz clic en el enlace para restablecer tu contraseña introduciendo tus datos personales. Esto te permitirá restablecer tu contraseña tú mismo.

Protege tu contraseña

Tu nombre de usuario y contraseña únicos te dan acceso a Tu información personal. Esta 'firma' electrónica tiene la misma autoridad que tu firma manuscrita: autoriza todas tus elecciones. ¡Mantén esta información en secreto!

¿Es hora de inscribirse?

En tu página principal aparecerá un panel de inscripción. Revisa cuidadosamente todo el texto en Destacados de Inscripción y Documentos en Documentos Destacados, y luego haz clic:

Comienza tu matrícula

Primero debes confirmar tu información demográfica por ti mismo y añadir cualquier dependiente que planees inscribir.

A continuación, puede que te hagan preguntas sobre la preinscripción. Por favor

Responde con atención y luego haz clic "**Continúa**".

La Página de Inscripción de Beneficios listará todos los beneficios a los que puedes inscribirte.

Debes completar la inscripción (ya sea inscribirte o eximir) para cada beneficio antes de que se te permita finalizar tu inscripción.

IMPORTANTE: SI NO COMPLETAS TODO EL PROCESO DE INSCRIPCIÓN, QUE CONCLUYE UNA DECLARACIÓN DE CONFIRMACIÓN, ¡NO TE INSCRIBIRÁS EN NINGÚN BENEFICIO!

Elección de beneficios

Algunos beneficios pueden estar ya marcados como completados; Normalmente son beneficios colectivos que no puedes renunciar. Para ver los detalles del plan, haz clic "**Ver información**".

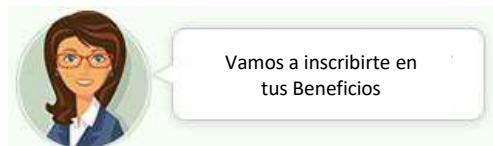
La mayoría de los beneficios requerirán que tomes una decisión.

Si sabes que quieres renunciar, haz clic "**No quiero este beneficio (renuncia)**".

Para explorar opciones de planes y posiblemente inscribirse, haga clic "**Ver opciones de planes**".

Sigue las instrucciones de cada plan de beneficios para tomar tus decisiones.

Algunos planes pueden permitirte utilizar una herramienta llamada Ask Emma para ayudarte a decidir si inscribirte y cuál se adapta mejor a tus necesidades. Busca:



También puedes hacer clic en 'Ver detalles del plan' para acceder a más documentos del plan y así comprender completamente cada plan.

Además, cada tipo de plan de beneficios ofrece preguntas frecuentes útiles para enseñarte más sobre un beneficio.

Completar tu matrícula

Cuando hayas tomado todas tus decisiones de beneficios, haz clic “Continuar”.

Se te pedirá que elijas beneficiarios para tus beneficios concretos. Asegúrate de designar un Beneficiario Principal. Los beneficiarios secundarios son opcionales.

En la siguiente pantalla, revisa tus elecciones y lee el aviso del acuerdo de inscripción.

Revisa el “Estoy de acuerdo, y he terminado con mi inscripción”. Esta es tu firma electrónica.

Clic “Matrícula completa”.

Una vez completada la inscripción, podrás ver e imprimir tu Declaración de Confirmación y revisar cualquier recordatorio de inscripciones pendientes.

Características adicionales del sitio

Página principal

Recorrido: Cuando haces la visita, puedes ver todos los paneles disponibles en tu página principal.

Mis beneficios

Beneficios actuales: Haz clic aquí para ver una declaración detallada de todos tus beneficios.

Nuevas elecciones: Si hay un evento de inscripción actual, tus nuevas selecciones se muestran en una declaración en esta página.

Evento vital: ¿Tener un bebé? ¿Casarse? Puedes usar esta función para cambiar tus beneficios según el evento vital que elijas. Esto quedará pendiente para la aprobación de Recursos Humanos. Puede ser necesario documentar más para demostrar tu Acontecimiento vital.

Mi perfil

Información personal/familiar: Si necesitas actualizar Información demográfica para ti o un familiar, puedes hacerlo aquí.

Beneficiarios: Mantén a tus beneficiarios de seguros de vida actualizado aquí.

Compatibilidad móvil

Aplicación: En la App Store puedes descargar el 'bswift' aplicación. El código de nuestra empresa es **PATCOOK**.

Sitio móvil: Esta web es compatible con móviles si vas a <https://patcook.bswift.com> o hay un enlace al sitio en la app de BSWIFT. Puedes usar la web completamente funcional desde tu teléfono.

Biblioteca

Contenido: Para ver los documentos del plan e información adicional proporcionada por tu Departamento de RRHH, haz clic en **Biblioteca** enlace en la navegación de arriba. La biblioteca te proporciona un Resumen de beneficios, formularios e información adicional, así como enlaces rápidos a sitios web que puedes usar con frecuencia.

Ayuda: Se proporcionan preguntas frecuentes completas para ayudarte con todos los aspectos del software y responder a muchas preguntas que puedas tener.

Por favor, ten en cuenta: El requisito federal **Resumen de Beneficios y Cobertura** Los documentos de cada plan se publican en la biblioteca, así como en el **Aviso de intercambio**. Estos documentos también se encuentran en tu página principal bajo el panel de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Cambios Fuera De La Inscripción Abierta



A menos que tengas un evento que cumpla los requisitos, no puedes modificar los beneficios que elijas hasta el próximo periodo de inscripción abierta. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA) ofrece a los empleados oportunidades adicionales para inscribirse en un plan de salud grupal si sufren una pérdida de otra cobertura o ciertos eventos vitales. Si en este momento rechazas la cobertura para ti o para tus dependientes elegibles, podrías inscribirte a ti mismo y/o a tus dependientes elegibles en una cobertura posterior si se pierde otra cobertura. Si experimentas un "cambio de estatus cualificado", debes realizar cualquier cambio de inscripción o prestación asociado dentro de los 30 días posteriores al evento, excepto en casos de derecho a Medicare o Medicaid, en cuyo caso debes realizar cambios dentro de los 60 días posteriores al evento. Tienes derecho a elegir cobertura durante el año del plan si tú o tu dependiente la cobertura del Programa de Seguro de Salud Infantil/Infantil (CHIP) termina debido a la suspensión de la elegibilidad bajo el programa o si te vuelves elegible para una subvención de Medicaid/CHIP (si está disponible en tu estado), siempre que solicites inscribirte dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de cobertura o elegibilidad para la subvención de primas.

Los cambios cualificados en el estatus incluyen: Cambio en el estado civil legal; Cambio en el número de dependientes; Cambio en el estado laboral del empleado, cónyuge o dependiente; Un dependiente cumple o deja de cumplir los requisitos de elegibilidad; Cambio de lugar de residencia; Pérdida de ciertas otras coberturas sanitarias; sentencia, sentencia o orden judicial; Derecho a Medicare o Medicaid; Cambios significativos en costes u otros cambios en la cobertura; Permiso de ausencia de la Ley de Baja Médica Familiar (FMLA); Reducción de horas; Inscripción en el Exchange/Marketplace. Ten en cuenta que existen varias condiciones y/o limitaciones que se aplican a los eventos mencionados anteriormente. **Por favor, contacte con Recursos Humanos si tiene alguna pregunta o cree que podría calificar para un cambio electoral.**



Inscripción Anual Abierta

Durante el periodo anual de inscripción abierta, puedes realizar cambios en las elecciones de tu plan de beneficios y/o en los familiares que cubres. Los cambios solo pueden realizarse fuera del periodo anual de inscripción si experimentas un cambio de estatus familiar cualificado que permite cambios en tu elección de plan. Así que ahora es el momento de revisar cuidadosamente tus opciones de plan.

Las elecciones que hagas durante la inscripción abierta serán efectivas **1 de enero de 2026**. Esta Guía ofrece una breve descripción de los planes de beneficios disponibles para usted y sus familiares. Por favor, léelo detenidamente, ya que conocer las opciones disponibles puede ayudarte a asegurarte de que eliges las opciones de prestaciones adecuadas para ti y tu familia.

Si no completas tu inscripción dentro del plazo designado, puede que no puedas inscribirte ni hacer cambios a menos que experimentes un evento que cumpla con los requisitos, o hasta el próximo periodo de inscripción abierta.



¿Preguntas?

Dado que el mundo de la sanidad y los seguros puede ser confuso y difícil de navegar, nos complace presentarlos tu gestor de cuentas en Brown & Brown Insurance, quien podrá ayudarte con todo lo relacionado con tus beneficios. Tu Ejecutivo de Cuentas trabajará en colaboración con el Departamento de Recursos Humanos para que las necesidades de prestaciones se atleen de forma oportuna.

Annette Purcell - Ejecutivo de Cuentas
(702) 874-3802
annette.purcell@bbrown.com

Shannon Fischer - Coordinador de Cuentas
(702) 990-7085
shannon.fischer@bbrown.com

Kelli Sponseller - Recursos humanos
(702) 220-5722
kelli@patriotcontractorslv.com

Carol Burpee - Recursos humanos
(702) 220-5722
cburpee@patriotcontractorslv.com

Plan	Carrier	Phone	Website
Médico	Allied/Anthem	Mira la parte trasera de tu ID tarjeta	www.alliedbenefit.com
Programa de Ahorro en Quirúrgica e Imagen Avanzada	Valenz Health	(877) 438-5479	www.surgicalimaging.valenzhealth.com
Programa de Apoyo al Cáncer	CancerCare	(877) 640-9610	Cancercareprogram.com
Programa de Descuento en Bienestar	HUSK Marketplace HUSK ID: H500508	(800) 294-1500	marketplace.huskwellness.com
Dental Y Visión	Ameritas	(800) 659-2223 EyeMed: (866) 289-0614	www.ameritas.com
Vida y AD&D, Discapacidad, Indemnización Hospitalaria, Enfermedades Graves, Seguro de Accidente	Lincoln Financial	(800) 423-2765	www.lincolinfinancial.com

¿Alguna pregunta sobre **Inscripción abierta** debe dirigirse a un representante del centro de llamadas.
¡Escanea el código QR de la derecha o haz clic en el enlace para ir a tu página de ayuda de OE!



<https://patriot.benefitsinfo.com/>



WE MAKE YOUR PEOPLE OUR BUSINESS



Plan Médico



El plan médico se organiza a través de **Allied**.

Planes de la Organización de Proveedores Preferentes (PPO) te permiten elegir entre ver a proveedores PPO o no de red. Cuando utilizas un proveedor que participa en el **Anthem Red(es)**, tus gastos de bolsillo por servicios cubiertos serán menores. Por lo tanto, te conviene utilizar proveedores de PPO, pero no es obligatorio.

Plan Médico

Allied / Anthem

Comparación de beneficios
Deducible del año natural (CYD) - Individual Familia
Coaseguro
Año natural máximo de gastos de bolsillo - Individual Familia
Atención preventiva
PCP Especialista
Visitas virtuales
Atención Urgente
Sala de emergencias
Estancia hospitalaria hospitalaria
Laboratorios
Rayos X
Medicamentos con receta
Deducible
Nivel 1
Nivel 2
Nivel 3
Nivel 4
Pedido por correo

Dentro de la red	Fuera de la red
\$500	\$1,000
20%	50%
\$8,150	\$16,300
\$0 Copago	
\$30 Copago	\$60 Copago
\$0 Copago	
\$60 Copago	
\$1,000 Copago	\$1,000
20% después de CYD	50% después de CYD
Venta al por menor	Venta extendida
	No Aplicable
\$20 Copago	\$50 Copago
\$50 Copago	\$150 Copago
\$80 Copago	\$240 Copago
30% up to \$500	
	Nivel 1: \$0 Copago
	Nivel 2: \$125 Copago
	Nivel 3: \$200 Copago

Red de Farmacias



Välenz Surgical & Imaging:

Quality Care, Close to Home at \$0 Cost*

Call (877) 438-5479 to get started

As part of your employer benefits, you can schedule your surgical and imaging services at no cost. Our Care Navigation team will help you book your non-emergent surgery and imaging. With a nationwide network of 2,000+ locations, we'll help you choose a high-quality provider that best fits your needs and guide you through the process from referral to appointment.

Getting Started is Easy:

- O1 Call:** Contact (877) 438-5479 before scheduling with an outside provider.
- O2 Referral Received:** Valenz receives your provider's order for review.
- O3 Confirm eligibility:** We'll verify your benefits and confirm order details with your provider.
- O4 Scheduling:** We'll suggest nearby options close to your home or work and assist in scheduling your appointment.
- O5 Receive your voucher:** We'll email you a voucher to show the facility instead of your insurance card on the day of your procedure.



We're here to support you every step of the way!

*\$0 Out-of-Pocket is subject to plan coverage requirements. To receive these benefits, members must schedule at the number provided; HSA Plans require first dollar coverage from patient before procedure up to IRS Minimum, before program incentives are received.

Common Procedures:

- | | | | |
|----------------|--------------------|------------|----------------|
| • Ankle & Foot | • Elbow | • Hip | • Spine |
| • Arthroscopy | • Gastroenterology | • Imaging | • Urology |
| • Colonoscopy | • General Surgery | • Knee | • Wrist & Hand |
| • ENT | • Hernia Repair | • Shoulder | • And More |



To learn more or schedule a procedure, contact us at:

Phone: (877) 438-5479

Email: nocostcare@valenzhealth.com

URL: surgicalimaging.valenzhealth.com





What is CancerCARE?

The CancerCARE Program is a free, fully integrated cancer solution included in YOUR health plan that supports you from the first day of your diagnosis well into the stages of aftercare. CancerCARE coordinates care and benefits for patients with new or existing cancers. Our expert medical team advocates for the best possible care in your community or at a leading national Centers of Excellence location.

Day One Help



The day you receive a cancer diagnosis is overwhelming. Our CancerCARE professionals will answer questions about your diagnosis and help you evaluate your treatment options. They will also help maximize your health benefits and minimize your out-of-pocket expenses.

Register online or by phone promptly (within 72 hours) of diagnosis for the highest care impact.

Personalized Care

Today's cancer treatments vary by cancer type, stage of spread, and the patient's genetic makeup. The most effective care occurs when it is genetically personalized for you. Genetic testing is often not a covered benefit; however, it is fully covered when used for treatment planning with CancerCARE's recommendation.

National Resources

New treatments are developed and tested at leading cancer centers called Centers of Excellence. Treatment received from your local oncologist is often the best possible, but in some instances, we may suggest new treatments that are only offered at a Center of Excellence when those treatments could be more beneficial to you. Two examples would be Clinical Trials or proven new treatments that have not yet been written and given to community oncologists.

Expert Medical Team

During your Initial registration call, our highly trained Intake Coordinators will quickly gather your medical and health plan information. When a diagnosis permits, you will be assigned your own personal Oncology Nurse Expert who will answer any questions you have regarding your diagnosis as well as your care options. CancerCARE's entire team of Doctors, Nurses, and Medical Experts is dedicated to being with you throughout your treatment journey.





Husk Marketplace

Achieving optimal health and wellness doesn't have to be complicated or expensive. Access exclusive best-in-class pricing with some of the biggest brands in fitness, nutrition, and wellness with HUSK Marketplace.

YOUR LANDING PAGE:

Marketplace.huskwellness.com/paretohealth

Click on Activate Benefit to register for the program and unlock your discounts and exclusive offers. Be sure to use the provided "Eligibility ID" to register.

Have questions? Reach out to our Customer Support team at customerservices@huskwellness.com or call 800-294-1500

As part of the HUSK Marketplace program, you are eligible for exclusive discounts on:



GYMS & FITNESS CENTERS

HUSK Marketplace members can access exclusive savings and flexible membership options to a variety of facilities. From national chains to specialty studios, HUSK has something for every workout.



ON-DEMAND FITNESS

Take advantage of all the benefits of group exercise classes in the comfort of your own home. HUSK's streaming membership options will take your wellness and workouts to the next level.

HUSK NUTRITION

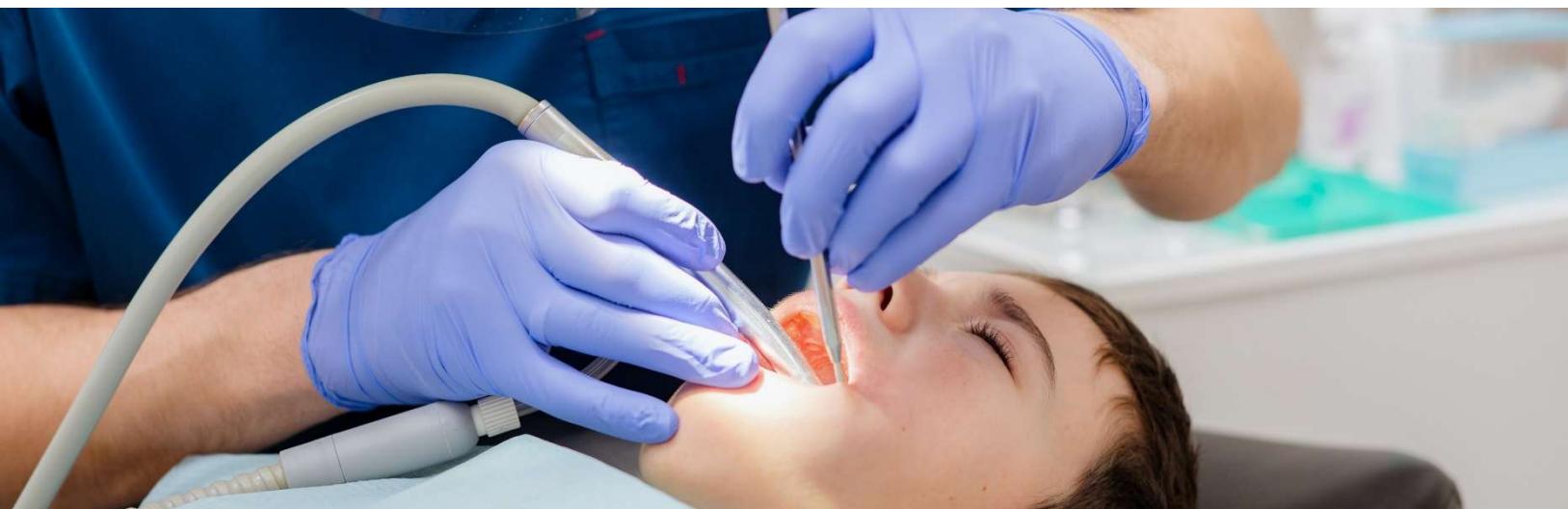
HUSK Nutrition provides evidence-based virtual health and nutrition programs. You will meet with a Registered Dietitian who will implement a complete 1-on-1 nutrition program specifically designed to answer your nutrition related questions, meet your health goals, individual needs and busy lifestyle.



MENTAL HEALTH

We all need help sometimes. We all go through difficulties and struggles. HUSK Mental Health connects you with licensed therapists through technology. Our therapists empower you through guidance and support using evidence-based practices.

Planes Dentales



Ameritas

Comparación de beneficios
Red
Coaseguro
Preventivo (<i>Exámenes, limpiezas y tratamientos con flúor</i>)
Básico (<i>Empastes y extracciones simples</i>)
Destacado (<i>Coronas, Incrustaciones, Puentes y Dentaduras</i>)
<i>Periodo de espera para los servicios principales</i>
Ortodoncia
Miembros elegibles para ortodoncia
<i>Periodo de espera para ortopedia</i>
Máximo Ortodóncico Vitalicio
Deductible del año natural - Individual Familia
Deductible exento por servicios preventivos
Año Calendario Máximo
Máximo de transferencia/transferencia por año

Dentro de la red	Fuera de la red
Classic and Plus	
100%	100%
90%	80%
70%	50%
Ninguno	
50%	50%
Niños y adultos	
Ninguno	
\$1,000	\$1,000
\$50 \$150	\$50 \$150
Si	Si
\$1,500	\$1,500
\$350 / \$1,250	

Calendario de prestaciones
Endodoncia (endodoncia)
Periodoncia (enfermedad de las encías)
Implantes
*El coseguro basado en la complejidad del procedimiento

90%	80%
90%	80%
70%	50%

Los planes dentales se proporcionan a través de Ameritas.

Planes de la Organización de Proveedores Preferentes (PPO) te dan la libertad de utilizar un dentista de tu elección o acceder a la red de dentistas de la PPO. Si utilizas un dentista que participe en la red PPO, tus gastos de bolsillo se reducirán, ya que las tasas están sujetas a una tarifa negociada. Si utilizas un proveedor no de red, eres responsable de pagar la diferencia de coste entre los cargos del proveedor no de red y la cantidad permitida. Se recomienda enviar cualquier servicio que supere los 300 dólares a Ameritas para la predeterminación antes de prestar los servicios.



WE MAKE YOUR PEOPLE OUR BUSINESS

Planes De Visión



Ameritas

Comparación de beneficios dentro de la red

Red	EyeMed
Examen de la vista Copago	\$10 Copago
Lenses Copago - Lentes Simple, Bifocales, Trifocales y Lenticulares	\$25 Copago
Límite de marco	\$150 + 20% fuera de saldo restante
Copago de lentes de contacto médicaamente necesario	Cubierto después Copago
Lentes de contacto electivas en lugar de lentes/monturas	\$150 Tolerancia

Beneficios fuera de la red

Consulta los Resúmenes de Beneficios para más detalles

Frecuencia de beneficios

Exámenes	Once Every
Lentes/Lentillas	12 Months
Marcos	12 Months
	12 Months

El plan de visión se proporciona a través de Ameritas.

El plan de visión te da la libertad de recurrir al oftalmólogo de tu elección o acceder a la **EyeMed** Red de proveedores de visión. Si utilizas un proveedor que participe en la red, tus gastos de bolsillo se reducirán. Si utilizas un proveedor no de red, los beneficios y descuentos dentro de la red no se aplicarán y los beneficios se pagarán según un calendario de reembolso establecido.



LENSCRAFTERS

PEARLE
EST. 1961
VISION

OPTICALSM



WE MAKE YOUR PEOPLE OUR BUSINESS

Cómo Localizar Un Proveedor

The screenshot shows the homepage of the Allied website. At the top, there's a navigation bar with links for Members, Employers, Benefits Consultants, and Providers. Below the navigation is a large banner featuring a man carrying a young girl on his shoulders, with the text "DESIGNED FOR PEOPLE" overlaid. A blue footer bar at the bottom contains the text: "Allied is a national healthcare solutions company that supports healthy workplace cultures. As problem-solvers, innovators and collaborators, our team pairs innovative solutions and data analytics that inspire creative solutions."

Médico – Allied/Anthem

www.alliedbenefit.com

- Haz clic en "Redes de Proveedores"
- Selecciona Anthem
- Se recomienda que inicies sesión como miembro o que busques como invitado
- Selecciona el tipo de atención – médica o farmacia
- Selecciona tu estado
- Para el tipo de plan, elige "Médico (Patrocinado por el Empleador)"
- Para Plan/Red, selecciona "PPO tradicional"



Dental - Ameritas

www.dentalnetwork.ameritas.com

- Introduce el código postal
- Selecciona Red Clásica y Más
- Búsqueda estrecha usando filtros adicionales



The screenshot shows the Ameritas Provider Search interface. At the top, it says "Provider Search" and "Enter your location, then select a network to search for providers near you." Below that is a search bar with "Las Vegas, NV, USA" and a dropdown menu set to "Classic (PPO)". Underneath the search bar is a section titled "Additional Filters" with dropdown menus for "Distance", "Language", "Provider or Practice Name", "Specialty", "Miscellaneous", and "Gender Preference". There are also checkboxes for "Accepting New Patients", "Discount on Non-Covered Procedures", and "Open on Weekends".

The screenshot shows the EyeMed "Find an eye doctor" search interface. It features three main search options: "Search by location", "Search by doctor", and "Online & Lasik". Below these are fields for "Network" (with "Choose your network" and "USE MY LOCATION" buttons), "Zip code" (with "89014" entered), and "SEARCH BY ZIP". At the bottom, there are buttons for "Search by County" and "Search for an eye doctor" (which also links to "In-network online").

Visión – Ameritas/EyeMed

www.eyedoclocator.eyemedvisioncare.com

- Buscar por código postal o ubicación actual



WE MAKE YOUR PEOPLE OUR BUSINESS

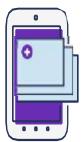
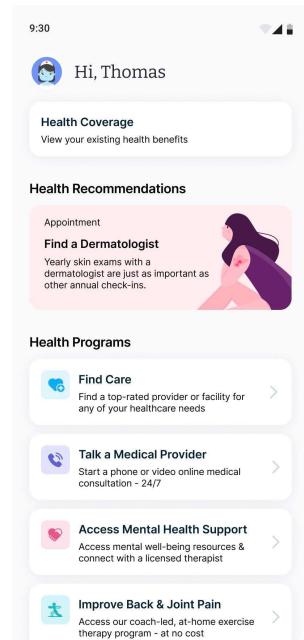
HealthJoy Makes it Easier to be Healthy and Well.



HealthJoy is the virtual access point for all your healthcare navigation and employee benefits needs. We're provided free by your employer to help you understand and make the most of your benefits. We connect you and your family with the right benefits at the right moment in your care journey, saving you time, money, and frustration.

Help For Your Healthcare Journey.

With 24/7 access to our dedicated healthcare concierge team, visits, and care navigation tools, you never have to walk alone. HealthJoy helps you locate in-network doctors, find extra savings on your prescriptions, and navigate your benefits. Our mobile app and dedicated member support team are always on hand to help make it easier to stay healthy and well.



BENEFITS
WALLET



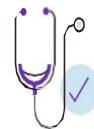
HEALTHCARE
CONCIERGE



RX SAVINGS
REVIEW



APPOINTMENT
BOOKING



PROVIDER
RECOMMENDATIONS



HSA / FSA
SUPPORT

“

It saved me the time I would have spent Googling results, calling specialists, and searching for an appointment. Instead, I just put in the request, and HealthJoy did the work. The app is like my little assistant!

”

Veronica, AZ



Chat with us today by logging into the
HealthJoy app or call (877) 500-3212

Download on the
App Store

GET IT ON
Google Play



SCAN ME

Features and Services to Support Your Healthcare and Benefits Journey

24/7 Healthcare Concierge

Our concierges are available around the clock to support you with questions about your benefits and many additional services, including:



Provider and Facility Recommendations

Our concierge will extensively research every recommendation and call to confirm in-network participation and availability. We will direct you to the highest-quality, fair priced, and most convenient facilities based on your specific situation and preferences.



Appointment Booking

We can help confirm provider availability and schedule appointments on your behalf based on your preferences.



Health Cost Estimation

We provide cost and quality transparency that makes shopping for medical services simple.



Prescription Savings Review

Rx costs can skyrocket so we use several savings strategies to help you find lower-cost medication alternatives, saving you real dollars.



Resolve Claim Issues

Our concierge team can provide advice or assistance to members filing a complaint with the insurance provider or seek clarity on how a claim was filed and processed.



Dental and Vision Assistance

We can help you with your dental and vision needs, like finding providers, making appointments, explaining benefits and more.



Answer Benefits Questions

Our concierges can help with general questions about your health plans, other benefits, and more.

Disclaimer: While HealthJoy is not your insurance, we are here to help you navigate the system and understand your benefits. At times we may need to contact your insurance to help with your request but we take the burden off of you to do the research. Also, some providers may not provide information directly to HealthJoy as a third party and we'll let you know if that happens so you can work directly with the provider.



Seguro de Vida Voluntario y Seguro de Vida y Desarrollo de Vida

El seguro de vida voluntario y AD&D se gestiona a través de **Lincoln Financial**. Tienes la opción de contratar un seguro de vida adicional a tarifas atractivas y la comodidad de la deducción por nómina. Tu coste se basa en la antigüedad de tu seguro y la cantidad de cobertura que elijas. Los ajustes de coste relacionados con la edad se realizarán en la fecha del aniversario de la póliza. Debes elegir una cobertura para ti mismo para cubrir a tu cónyuge o a tus hijos.

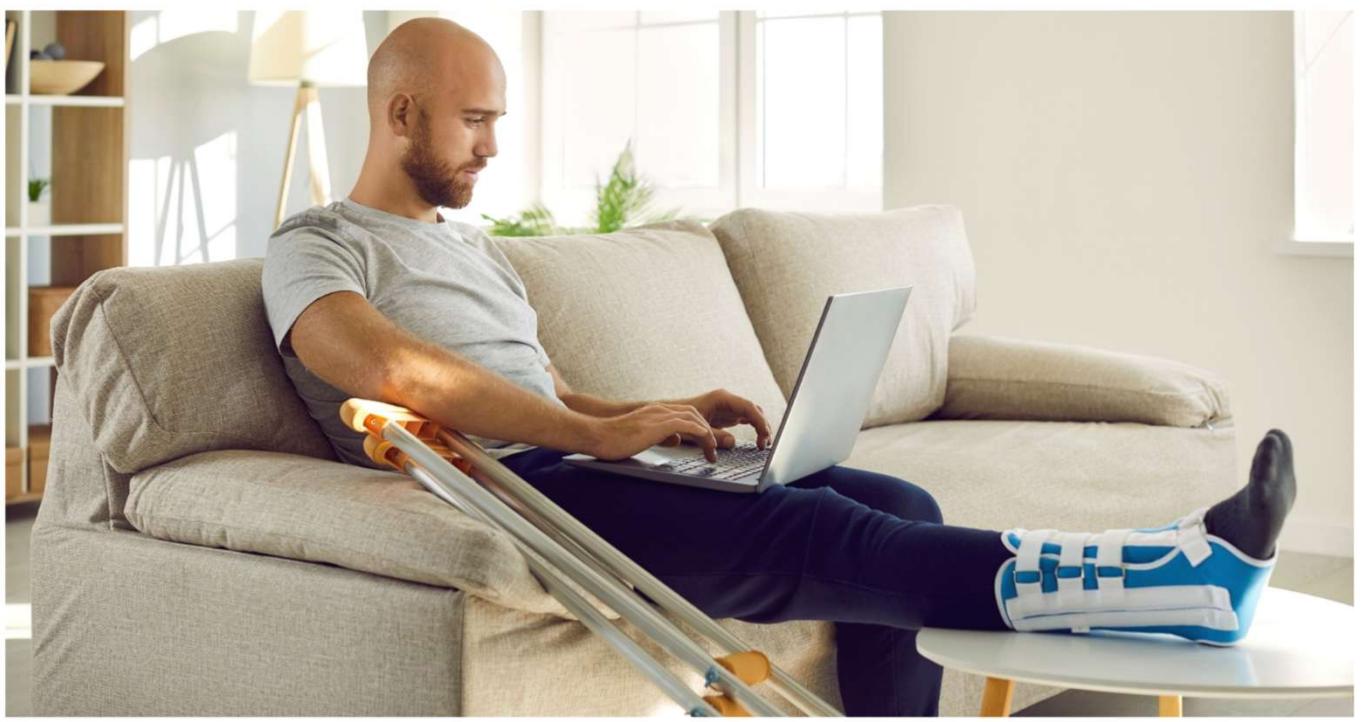


Lincoln Financial Group

Calendario de prestaciones	Detalles de la Cobertura						
Descripción de la clase	Todos los empleados elegibles						
Beneficio para empleados	\$10,000 hasta \$500,000; Máximo: 5x Ganancias Anuales						
Incrementos	\$10,000						
Emisión de garantía	\$150,000						
Reducción de prestaciones	Se reduce un 35% a los 65 años, un 50% a los 70						
Beneficio para cónyuge	\$5,000 hasta \$250,000; No exceder 50% de EE Cantidad						
Incrementos	\$5,000						
Emisión de garantía	\$30,000						
Reducción de prestaciones	Se reduce un 35% a los 65 años, un 50% a los 70						
Beneficio por hijo(s)	\$20,000						
Calendario de beneficios	<table border="1"> <tr> <td>0 - 6 Meses</td> <td>\$1,000</td> </tr> <tr> <td>6 Meses - 19</td> <td>\$20,000</td> </tr> <tr> <td>(26 si es estudiante a tiempo completo)</td> <td></td> </tr> </table>	0 - 6 Meses	\$1,000	6 Meses - 19	\$20,000	(26 si es estudiante a tiempo completo)	
0 - 6 Meses	\$1,000						
6 Meses - 19	\$20,000						
(26 si es estudiante a tiempo completo)							

Disposiciones de política	
Exención de la prima	Incluido
Portabilidad	Incluido
Conversión	Incluido
Prestación por Fallecimiento	
Acelerada	Incluido

Seguro de Incapacidad Voluntaria a Corto Plazo



El Seguro Voluntario de Incapacidad a Corto Plazo (STD) se gestiona a través de **Lincoln Financial**. Para proteger tus ingresos, tanto los miembros por horas como los asalariados pueden contratar un seguro de incapacidad temporal. La incapacidad temporal puede ayudarte a pagar tus facturas si una lesión o enfermedad te impide trabajar durante varias semanas.

Lincoln Financial Group	
Calendario de prestaciones	Detalles de la cobertura
Descripción de la clase	Todos los empleados elegibles
Porcentaje de beneficios	60%
Beneficio Semanal Máximo	\$1,000
Periodo de eliminación - Accidente Enfermedad	7 Días 7 Días
Duración de la prestación	25 Semanas
Disposiciones de política	
Limitaciones	
Definición de discapacidad	Ocupación propia
Tipo de cobertura	No ocupacional
Limitación de condiciones preexistentes	3 meses antes / 12 meses asegurados

Seguro Voluntario de Incapacidad a Largo Plazo

Discapacidad a largo plazo (LTD) El seguro se gestiona a través de **Lincoln Financial**. La incapacidad a largo plazo sustituye una parte de tus ingresos si sufres una lesión o enfermas durante un periodo prolongado.

Lincoln Financial Group	
Calendario de prestaciones	Detalles de la cobertura
Descripción de la clase	Todos los empleados elegibles
Porcentaje de beneficios	60%
Beneficio Semanal Máximo	\$5,000
Periodo de eliminación - Accidente Enfermedad	180 Días
Duración de la prestación	Hasta 5 años
Disposiciones de política	
Limitaciones	
Definición de discapacidad	Ocupación propia
Tipo de cobertura	Solo fuera del trabajo
Limitación de condiciones preexistentes	3 meses antes / 12 meses asegurado



The resources you need to meet life's challenges



*EmployeeConnect*SM offers professional, confidential services to help you and your loved ones improve your quality of life.



In-person guidance

Some matters are best resolved by meeting with a professional in person. With *EmployeeConnect*, you and your family get:

- Up to five in-person sessions with a counselor per person, per issue, per year¹
- In-person consultations with network lawyers, including one free 30-minute in-person consultation per legal issue, and 25% off subsequent meetings



Unlimited 24/7 assistance

You and your family can access the following services anytime online, via the mobile app, or with a toll-free call:

- Information and referrals on family matters, such as child and elder care, pet care, vacation planning, moving, car buying, college planning, and more
- Legal information and referrals for family law, estate planning, and consumer and civil law²
- Financial guidance on household budgeting and short- and long-term planning



Online resources

EmployeeConnect offers a range of information and resources you can research and access on your own. Expert advice and support tools are just a click away when you visit GuidanceResources.com or download the GuidanceNowSM mobile app. You'll find:

- Articles and tutorials
- Videos
- Interactive tools, including financial calculators, budgeting worksheets, and more

¹ In California, up to three sessions in six months, starting with initial contact by the employee.

² Services aren't included for employment law issues.

*EmployeeConnect*SM

EMPLOYEE ASSISTANCE PROGRAM SERVICES

Confidential help available 24 hours a day, seven days a week for employees and their family members. Get help with:

- | | | |
|--------------|-------------|-----------------|
| • Family | • Emotional | • Relationships |
| • Parenting | • Legal | • Stress |
| • Addictions | • Financial | |

We partner with your employer to offer this service at no additional cost to you!



EmployeeConnect counselors are experienced and credentialed.

When you call the toll-free number, you'll talk to an experienced professional who will provide counseling, work-life advice, and referrals. All counselors hold master's degrees, with broad-based clinical skills, and at least three years of experience in counseling on a variety of issues. For face-to-face sessions, you'll meet with a credentialed, state-licensed counselor.

You'll receive customized information for each work-life service you use. Registration/Access code to register for an account is: **1095645**



Take advantage of EmployeeConnect

To learn more, visit GuidanceResources.com.

New users click Register (web ID: LFGSupport)

Follow the prompts to create your username and password

Don't forget to download the GuidanceNowSM mobile app.

For telephonic assistance, please call 888-628-4824.

©2025 Lincoln National Corporation

LincolnFinancial.com

LCN-8119987-062725

MAP ADA 8/25 Z08

Order code: LTD-EAPEE-FLI001

*EmployeeConnect*SM services are provided by ComPsych[®] Corporation, Chicago, IL. ComPsych[®] and GuidanceResources[®] are registered trademarks of ComPsych[®] Corporation. ComPsych[®] is not a Lincoln Financial company. Coverage is subject to actual contract language. Each independent company is solely responsible for its own obligations. (except in Vermont).

Lincoln Financial is the marketing name for Lincoln National Corporation and its affiliates. Affiliates are separately responsible for their own financial and contractual obligations.

Product availability and/or features may vary by state. Limitations and exclusions apply.



*EmployeeConnect*SM

EMPLOYEE ASSISTANCE PROGRAM SERVICES

To find out more:

- Visit GuidanceResources.com.
New users click Register (web ID: LFGSupport)
- Download the GuidanceNowSM mobile app.
- Call 888-628-4824.





Download the Lincoln Financial Mobile app today

Download on the
App StoreGET IT ON
Google Play

Evidence of Insurability (EOI)

Complete EOI at LincolnFinancial.com or on the Lincoln Financial Mobile app



What is EOI and when is it needed?

EOI is the information we use to determine your eligibility when you're purchasing insurance. We require EOI if you're:

- Buying an insurance amount higher than the guaranteed issue amount for your plan
- Already enrolled and want to increase coverage



Get started

- Log in to LincolnFinancial.com or the Lincoln Financial Mobile app. First-time user? Register using company code **1095645**. Follow the registration steps by entering the requested personal information, completing identity verification, and setting up a username and password.
- Your information may pre-populate on Lincoln's portal. Review it and ensure that the portal is displaying the correct coverage type you're applying for. If you have questions, please contact your human resources representative.
- Select **Complete Evidence of Insurability**.
- Answer questions about you (and family members, if applicable), including:
 - General applicant information, such as birthdate, height, and weight
 - Qualifying questions, including if you or other applicants have been diagnosed with a disease or are prescribed medications for a medical condition
 - Medical questions – if you or other applicants have a health condition, we may need more information, such as the name, diagnosis date, and treatments.
- Review your responses, then electronically sign and submit your application. Save your confirmation.

Submitting EOI made easy

Minimal questions
Lincoln's online questionnaire adjusts to your responses so you only answer questions relevant to you.

Guided support
Simple tips and search-as-you-type features help you choose quick and appropriate responses.

Instant confirmation
You'll receive an email confirming your application and in some cases, you may be automatically approved.

Because life doesn't always go as planned



No matter how well you plan, unexpected challenges arise. When they do, help and support are nearby thanks to *LifeKeys®* services from Lincoln.

LifeKeys services include:

-  Discounts on shopping and entertainment
GuidanceResources® Online includes access to the Working Advantage discount network, available 24 hours a day, seven days a week. Save up to 60% on a variety of products and services, including electronics, health and fitness, Broadway shows, and much more. Discounts are also available in the *GuidanceNow™* mobile app, available in the Apple and Google app stores.
-  Help with important life matters
You'll find support tools and advice on a wide range of topics, including legal, financial, family, and career, on *GuidanceResources Online*. Stay informed on matters that impact your personal and professional life.
-  Protection against identity theft
Identity theft is widespread, and everyone is vulnerable. *LifeKeys* includes online resources for information to help you recognize and prevent identity theft and restore your good name should your identity be compromised.
-  Online will preparation
Creating a will allows you to make vital decisions ahead of time, including naming a guardian for your children or designating who'll receive your property and assets after you pass away. Without a will, state officials will distribute your estate. *EstateGuidance®* offers a secure, efficient way to create and execute a will so you can rest easy knowing you've planned ahead for your family.
-  Guidance and support for your beneficiaries
LifeKeys is a comprehensive program that offers resources to help your loved ones address a range of common concerns should they experience a loss. Services include grief counseling, financial and legal advice, and support when coping with the challenges of day-to-day life. Services are detailed on Page 2.

Your life and accidental death and dismemberment (AD&D) insurance policies include access to a variety of services to help you and your loved ones navigate life's most important matters.

Help, guidance, and support for beneficiaries following a loss

The emotional impact of losing a loved one can be deep and long-lasting. All too often, financial or legal issues can add to the stress. *LifeKeys* services can be a welcome resource for your beneficiaries.

Your beneficiaries will have access to six in-person sessions for grief counseling, legal or financial information, and unlimited phone counseling. Services are available for up to one year after a loss.

Grief counseling —advice, information, and referrals on:

- Coping with loss
- Stress, anxiety, and depression
- Memorial planning information
- Concerns about family, including children and teens

Legal support —access to legal information on:

- Estate and probate law
- Real estate transactions
- Social Security survivor and child benefits
- Important documents for beneficiaries

Financial services —online resources and advice from financial specialists on:

- Estate planning
- Budgeting
- Overcoming debt
- Bankruptcy
- Investments

Help with everyday life —comprehensive information on:

- Finding child or elder care
- Financing a home
- Moving and relocation
- Making major purchases



To access *LifeKeys* services, visit GuidanceResources.com, download the *GuidanceNow*SM mobile app, or call 855-891-3684. First-time users enter web ID: LifeKeys

Download the app today!



©2023 Lincoln National Corporation

LincolnFinancial.com

Lincoln Financial is the marketing name for Lincoln National Corporation and its affiliates.

Affiliates are separately responsible for their own financial and contractual obligations.

LCN-3985132-121521
MAP 12/23 Z05
Order code: LFE-LKEYE-FLI001



LifeKeys[®] services are provided by ComPsych[®] Corporation, Chicago, IL. ComPsych[®] is not a Lincoln Financial[®] company. Coverage is subject to actual contract language. Each independent company is solely responsible for its own obligations (except in Vermont). *GuidanceResources*[®] is a trademark of ComPsych[®] Corporation.

Google Play and the Google Play logo are trademarks of Google LLC.

App Store is a service mark of Apple Inc., registered in the U.S. and other countries.

State limitations apply. Beneficiary grief counseling is the only benefit available to a beneficiary(ies) of policies issued in the state of New York. Online will prep is the only benefit available to insured employee and dependents of policies issued in the state of Washington.

Seguro de Accidentes Voluntarios

El seguro de accidentes voluntario se gestiona a través de **Lincoln Financial**. El seguro de accidentes ofrece una variedad de beneficios fijos y en suma global para lesiones derivadas de un accidente cubierto, o para muerte accidental y desmembramiento (si está incluido). Estos beneficios se pagan directamente al asegurado y pueden utilizarse para cualquier motivo, desde deducibles y recetas hasta transporte y cuidado infantil.

Lincoln Financial Group

Calendario de prestaciones	Detalles de la cobertura	
Beneficios		
Sala de emergencias		\$300
Atención Urgente		\$200
Visita al medico		\$200
Ambulancia (Aire/Tierra)	\$1,500	\$300
Lesiones Especificadas		
Quemadura (mínima/máxima)	\$500	\$10,000
Luxación (quirúrgica/no quirúrgica)	Hasta \$6,750	Hasta \$3,375
Fractura (quirúrgica/no quirúrgica)	Hasta \$9,000	Hasta \$4,500
Coma		\$12,000
Conmoción		\$200
Muerte accidental y desmembramiento (AD&D)		
Empleado		\$50,000
Esposo		\$25,000
Hijo(s)		\$12,500
Beneficios adicionales y disposiciones de la póliza		
Tipo de cobertura	24-hora (Dentro y fuera del trabajo)	
Beneficio anual de cribado de bienestar		\$50
Portabilidad	Incluido	



Seguro voluntario de enfermedades graves

El seguro voluntario para enfermedades graves se gestiona a través de **Lincoln Financial**. El seguro voluntario para enfermedades graves ofrece un beneficio fijo y único al diagnosticar una enfermedad grave, que puede incluir infarto, ictus, parálisis y más. Estos beneficios se pagan directamente al asegurado y pueden utilizarse para cualquier motivo, desde deducibles y recetas hasta transporte y cuidado infantil.

Lincoln Financial Group

Calendario de prestaciones		Detalles de la cobertura			
Beneficios		Mínimo	Máximo	Incrementos	Emisión de garantía
Empleado		\$10,000	\$30,000	\$10,000	\$30,000
Esposo		\$5,000	50% de beneficio de EE	\$5,000	\$15,000
Hijo(s)		25% de Beneficios para Empleados			
Condiciones cubiertas		Cuantía de la prestación			
ELA (Enfermedad de Lou Gehrig)				100%	
Alzheimer				100%	
Cáncer (invasivo)				100%	
Insuficiencia renal en fase terminal				100%	
Infarto				100%	
Esclerosis múltiple				100%	
Parkinson				100%	
Cáncer de piel				\$1,000	
Golpe				100%	
Beneficios adicionales					
Beneficio anual de cribado de bienestar				\$50	
Reducción de prestaciones				No aplicable	
Portabilidad				Incluido	
Limitación de condiciones preexistentes				Ninguno	



Seguro de Indemnización Hospitalaria Voluntaria

El seguro voluntario de indemnización hospitalaria se gestiona a través de **Lincoln Financial**. El seguro voluntario de indemnización hospitalaria ofrece una variedad de beneficios diarios fijos y de pago único para ayudar a cubrir los costes asociados a una admisión hospitalaria, incluyendo alojamiento y manutención. Estos beneficios se pagan directamente al asegurado tras una hospitalización que cumpla con los criterios de pago.

Lincoln Financial Group

Calendario de prestaciones	Detalles de cobertura
Beneficios	
Ingreso hospitalario/UCI (por confinamiento)	\$500 \$500 (1 Día al Año)
Confinamiento hospitalario (por día)	\$100 (Hasta 30 Días)
Cuidados intensivos hospitalarios (por día)	\$100 (Hasta 30 Días)
Beneficios adicionales y disposiciones de la póliza	
Beneficio anual de cribado de bienestar	\$50
Portabilidad	Incluido
Limitación de condiciones preexistentes	Ninguno



Contribuciones De Los Empleados

El Plan de Beneficios está diseñado bajo la "Sección 125" del Código del IRS. Esto te permite aprovechar las leyes federales y estatales comprando algunos de tus beneficios con dinero antes de impuestos. Según la Sección 125, cualquier contribución requerida para **Medicina, dental y de visión** se harán con dinero antes de impuestos. Solo puedes cambiar tus elecciones de beneficios antes de impuestos una vez al año, durante la inscripción abierta, a menos que experimentes un "cambio de estatus" cualificado. Puede renunciar a participar en el Plan de la Sección 125 y optar por pagar todas las contribuciones con dinero después de impuestos. Contacta con Recursos Humanos para solicitar un formulario de exención si decides pagar tus prestaciones con dinero después de impuestos.

Contribuciones semanales de empleados del plan médico	
Nivel de cobertura	Allied/Anthem
Solo para empleados	\$0.00
Empleado y cónyuge	\$110.00
Empleado y hijo(s)	\$70.00
Empleado y familia	\$175.00

Contribuciones semanales del plan dental	
Nivel de cobertura	Ameritas Dental
Solo para empleados	\$0.00
Empleado y cónyuge	\$5.12
Empleado y hijo(s)	\$8.19
Empleado y familia	\$14.82

Contribuciones semanales del Plan de Visión	
Nivel de cobertura	Ameritas Visión
Solo para empleados	\$0.00
Empleado y cónyuge	\$1.02
Empleado y hijo(s)	\$1.06
Empleado y familia	\$2.35



Avisos importantes

Certificado de Cobertura Acreditable

Se le debe proporcionar un certificado de cobertura acreditable, sin cargo, de su plan de salud grupal o emisor de seguro de salud cuando pierda la cobertura del plan, cuando tenga derecho a COBRA, cuando cese la cobertura de COBRA, si lo solicita antes de perder la cobertura o si lo solicita hasta 24 meses después de perder la cobertura. Sin evidencia de cobertura acreditable del plan, puede estar sujeto a la exclusión por condiciones preexistentes durante 12 meses (18 meses para los afiliados tardíos) después de su fecha de inscripción en otra cobertura si tiene 19 años o más.

Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)

Este plan de salud grupal cumple con el requisito de privacidad para la información médica protegida (PHI) bajo HIPAA. Una copia de las Prácticas de privacidad está disponible para los planes médicos, dentales y de la vista de Recursos Humanos.

Recién nacidos y madres'

Ley de protección de la salud

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por la duración de la estadía hospitalaria 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 cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre de su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, bajo la ley federal, requerir que un proveedor obtenga autorización del plan o emisor para prescribir una duración de estadía no superior a 48 horas (o 96 horas si corresponde).

Información genética

Ley de No Discriminación (GINA)

La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 protege a los empleados contra la discriminación basada en su información genética. A menos que se permita lo contrario, su empleador no puede solicitar ni requerir ninguna información genética de usted o de los miembros de su familia.

GINA prohíbe a los empleadores y otras entidades cubiertas por el Título II de GINA solicitar o requerir información genética de un individuo o miembro de la familia del individuo, excepto según lo específicamente permitido por esta ley.

Para cumplir con esta ley, le pedimos que no proporcione ninguna información genética al responder a esta solicitud de información médica. La "información genética", según la definición de GINA, incluye el historial médico familiar de un individuo, los resultados de las pruebas genéticas, el hecho de que un miembro buscó o recibió servicios genéticos y la información genética de un feto llevado por un miembro o un embrión legalmente en poder de un miembro recibe servicios de reproducción asistida.

Paridad de salud mental y

Ley de Equidad en Adicciones (MHPAEA)

La Ley de Paridad y Adicción de Salud Mental de 2008 requiere que los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud se aseguren de que los requisitos financieros (como copagos y deducibles) y las limitaciones de tratamiento (como los límites de visitas anuales) aplicables a los beneficios de salud mental o trastorno por uso de sustancias no sean más restrictivos que los requisitos o limitaciones predominantes aplicados a sustancialmente todos los beneficios médicos / quirúrgicos. Para obtener más información sobre los criterios para las determinaciones de necesidad médica realizadas bajo el plan de su empleador con respecto a los beneficios de salud mental o trastorno por uso de sustancias, comuníquese con el administrador de su plan al 702-910-3958.

Lev de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer

Si ha tenido o va a someterse a una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). La Ley de Derechos de Salud de la Mujer y Cáncer requiere que los planes de salud grupales y sus compañías de seguros y HMO proporcionen ciertos beneficios para las pacientes de mastectomía que eligen la reconstrucción mamaria. 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 el paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfedema.

Los beneficios de reconstrucción mamaria están sujetos a deducibles y limitaciones de coaseguro que son consistentes con las establecidas para otros beneficios bajo el plan. Si desea obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, comuníquese con Recursos Humanos al 702-910-3958.

Ley de Michelle

Cuando un hijo dependiente pierde el estatus de estudiante para fines de la cobertura del plan de salud grupal como resultado de una licencia médica necesaria de una institución educativa postsecundaria, el plan de salud grupal continuará brindando cobertura durante la licencia de ausencia por hasta un año, o hasta que la cobertura termine bajo el plan de salud grupal, lo que ocurra primero. Para obtener información adicional, comuníquese con el administrador de su plan al 702-910-3958.



Hoja informativa

Departamento de Trabajo de EE. UU.
Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados

Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer

La Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA) brinda protección a las personas que eligen la reconstrucción mamaria después de una mastectomía. Según la WHCRA, los planes de salud grupales que ofrecen cobertura de mastectomía deben brindar cobertura para ciertos servicios relacionados con la mastectomía, de una manera determinada en consulta con el médico tratante y la paciente.

La cobertura requerida incluye:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Según la WHCRA, los beneficios de mastectomía pueden estar sujetos a deducibles y coseguros anuales consistentes con los establecidos para otros beneficios bajo el plan o cobertura.

Los planes de salud grupales, las compañías de seguros de salud y las HMO cubiertas por la ley deben proporcionar una notificación por escrito a las personas sobre la cobertura requerida por la WHCRA al momento de la inscripción y anualmente a partir de entonces.

Información adicional para el consumidor sobre WHCRA está disponible en la publicación [Your Rights After A Mastectomy](#).

La información para planes de salud grupales y empleadores sobre la WHCRA y otros requisitos de la ley de beneficios de salud está disponible en la publicación [Compliance Assistance Guide – Health Benefits Coverage Under Federal Law](#).

Esta hoja informativa ha sido desarrollada por el Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Washington, DC 20210. Estará disponible en formatos alternativos a pedido: Teléfono de voz: 202-693-8664; TTY: 202-501-3911. Además, la información de esta hoja informativa constituye una guía de cumplimiento para pequeñas entidades a los efectos de la Ley de Equidad en la Aplicación de la Reglamentación para Pequeñas Empresas de 1996.

Aviso importante de Patriot Contractors sobre su receta Cobertura de medicamentos y Medicare

Por favor, lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Patriot Contractors y sobre sus opciones bajo 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 está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que están cubiertos y a qué 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 su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

Hay dos cosas importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- 1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o 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 Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.**
- 2. Patriot Contractors ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por los planes médicos grupales, en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si más adelante 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 sea elegible por primera vez para Medicare y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual de medicamentos recetados, por causas ajenas a su voluntad, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre una OMB válida número de control. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0990. Se estima que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de un promedio de 8 horas por respuesta inicialmente, incluido el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar en los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de Patriot Contractors puede verse afectada.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura de Patriot Contractors, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar esta cobertura.

¿Cuándo pagará una prima más alta (multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con Patriot Contractors y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a su cobertura actual. Si la cobertura finaliza, es posible que pague una prima más alta (una multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar en al menos un 1% de la prima base del beneficiario de Medicare por mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente al menos un 19% más alta que la prima base del beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una multa) siempre y cuando tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tengas que esperar hasta el siguiente mes de octubre para unirte.

Para obtener más información sobre este aviso o su receta actual Cobertura de medicamentos...

Póngase en contacto con la persona que se indica a continuación para obtener más información. **NOTA:** Recibirás este aviso cada año. También lo obtendrá antes del próximo período, puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de Patriot Contractors cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre una OMB válida
número de control. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0990. Se estima que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de un promedio de 8 horas por respuesta inicialmente, incluido el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar en los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

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

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual “Medicare y usted”. Recibirá una copia del manual por correo todos los años de Medicare. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen con usted directamente.

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

- visite www.medicare.gov
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la contraportada interior de su copia del manual “Medicare y Usted” para conocer su número de teléfono) para obtener ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Recuerde: Conserve este aviso de Cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite que proporcione una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar una tarifa más alta. prima (una penalización).

Fecha:

1/1/2026

Nombre de la Entidad/Remitente:

Patriot Contractors

Contacto--Puesto/Oficina:

Carol Burpee, Human Resources

Dirección:

2590 Nature Park Dr. Suite #200

North Las Vegas, Nevada 89084

Número de Teléfono:

(702) 220-5722

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre una OMB válida

número de control. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0990. Se estima que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de un promedio de 8 horas por respuesta inicialmente, incluido el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar en los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.cuidadodesalud.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si hay asistencia con primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW** o visite espanol.insurekidsnow.gov/ para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de “inscripción especial”, y **usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de www.askebsa.dol.gov o llame al servicio telefónico gratuito **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de julio de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de AK primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Sitio web: http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
<p>Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es</p> <p>Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711</p> <p>CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus</p> <p>Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/retransmisor del estado: 711</p> <p>Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.mycohibi.com/</p> <p>Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442</p>	<p>Sitio web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html</p> <p>Teléfono: 1-877-357-3268</p>
GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
<p>Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp</p> <p>Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1</p> <p>Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra</p> <p>Teléfono: 678-564-1162, Presiona 2</p>	<p>Programa de pago de primas de seguro de salud Todos los demás son Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ https://www.in.gov/fssa/dfr</p> <p>Administración de familias y servicios sociales</p> <p>Teléfono: 1-800-403-0864</p> <p>Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584</p>
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid</p> <p>Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366</p> <p>Sitio web de Hawki: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki</p> <p>Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563</p> <p>Sitio web de HIPP: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp</p> <p>Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/</p> <p>Teléfono: 1-800-792-4884</p> <p>Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660</p>
KENTUCKY - Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
<p>Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</p> <p>Teléfono: 1-855-459-6328</p> <p>Por correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov</p> <p>Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx</p> <p>Teléfono: 1-877-524-4718</p> <p>Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms</p>	<p>Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/laipp</p> <p>Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>

MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web por inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US</p> <p>Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711</p> <p>Página web por primos de seguro de salud privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</p> <p>Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711</p>	<p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Por correo electrónico: masspremistance@accenture.com</p>
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
<p>Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672</p>	<p>Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
<p>Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: HHSIPPProgram@mt.gov</p>	<p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>
NEVADA – Medicaid	NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p>Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Por correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov</p>
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de asistencia de prima de CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY:711)</p>	<p>Sitio web: https://es.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p>
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
<p>Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100</p>	<p>Sitio web: http://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825</p>

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	OREGON – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono – 1-888-365-3742	Sitio web: https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENSILVANIA – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND– Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIta Share Line)
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	DAKOTA DEL SUR – Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	UTAH– Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/asistencia-financiera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico Teléfono: 1-800-440-0493	Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Sitio web: https://medicaid.utah.gov/upp/ Por correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web de Programa de compra de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/espanol/
VERMONT – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

WISCONSIN – Medicaid y CHIP	WYOMING – Medicaid
<p>Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002</p>	<p>Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269</p>

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2025, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.
Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol
1-866-444-EBSA (3272)

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

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

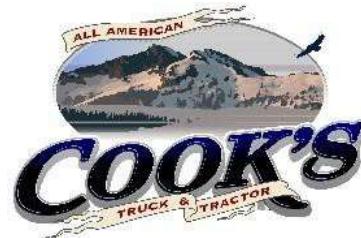
Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., a la siguiente dirección: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2026)

Guía de Inscripción y Beneficios para Empleados

Preparado para:

PATRIOT
CONTRACTORS &



Por sus asesores de seguros en:

B B Brown & Brown

Este documento está diseñado para proporcionar información básica sobre los planes y programas de beneficios disponibles para los empleados elegibles. Este documento simplemente resume los planes y programas de beneficios para empleados y no detalla todos los términos, condiciones, restricciones y exclusiones contenidos en los documentos del plan, los contratos de la aseguradora y/o las descripciones resumidas del plan (SPD) (la "documentación del plan") para los diversos planes y programas de beneficios. Se han realizado todos los esfuerzos razonables para garantizar la exactitud de la información contenida en este documento; Sin embargo, en caso de discrepancia entre la información de este documento y la documentación del plan, prevalecerán las disposiciones descritas en la documentación del plan. Este documento no crea ningún derecho contractual para ningún empleado actual o anterior, ni para ninguna otra persona. Las disposiciones de la documentación del plan aplicable regirán la determinación de los derechos de cualquier persona en virtud de cualquier plan o programa de beneficios para empleados. Su empleador se reserva el derecho de modificar o cancelar cualquiera de sus planes y programas de beneficios para empleados en cualquier momento y sin previo aviso ni causa.

Gracias

