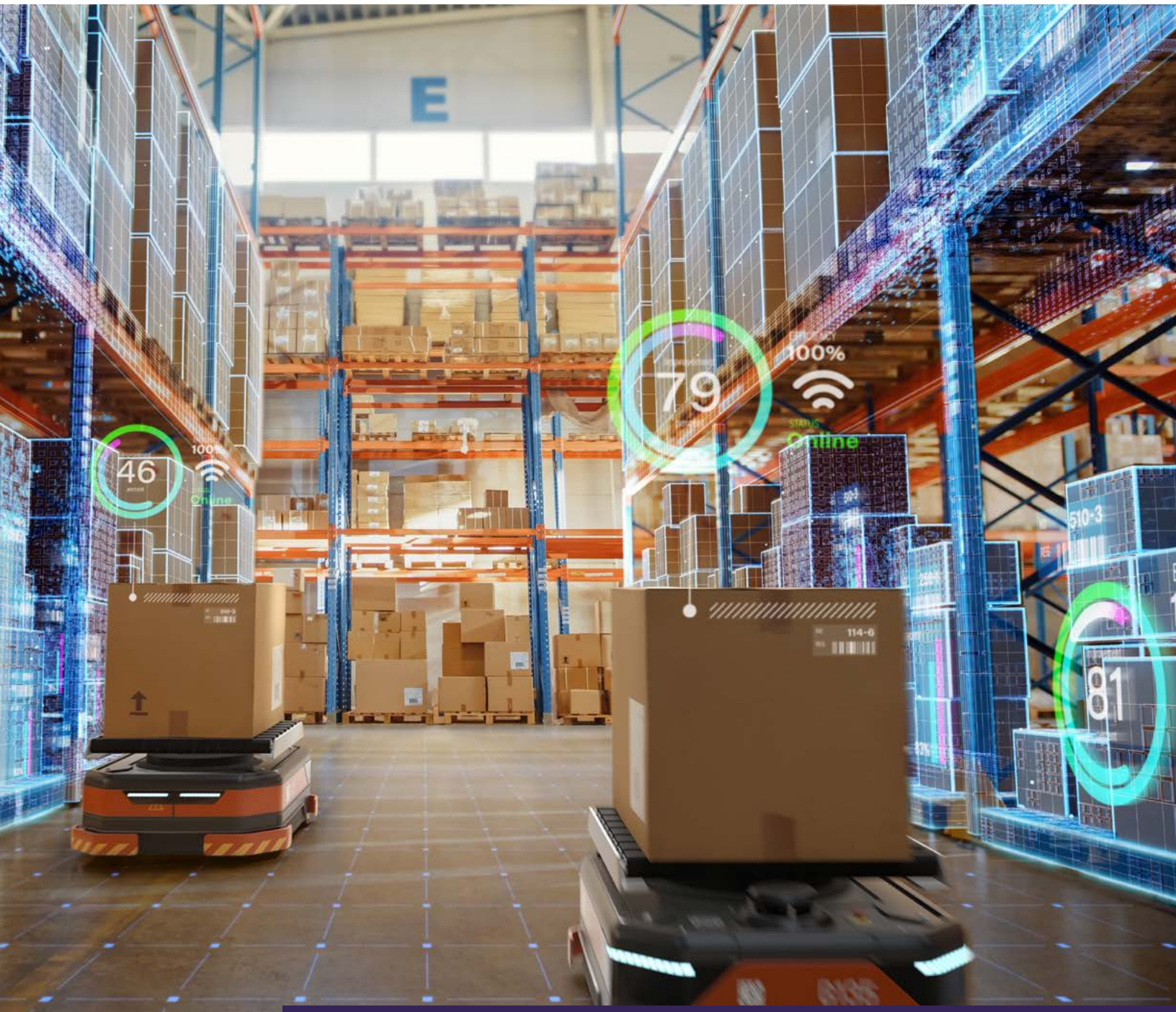


DIVERSIFIED LOGISTICS MANAGEMENT, INC

GUÍA DE BENEFICIOS



1 DE JULIO DE 2026 - 30 DE JUNIO DE 2027

Estimado empleado:

Estamos contentos de proporcionarle esta Guía de Beneficios que resume sus beneficios para el año del plan 2026-2027.

Diversified Logistics Management, Inc reconoce que los beneficios son una parte importante de su vida como empleado. Nuestro programa de beneficios lo ayudará a elegir lo que mejor se adapte a sus necesidades y a su presupuesto.

Este documento no solo es una guía de inscripción, es un recurso para que usted y su familia lo utilicen durante todo el año. En él, usted encontrará un resumen de cada plan de beneficio y consejos útiles, de los que probablemente no haya tenido conocimiento en el pasado. Esta guía está diseñada para desglosar las tarifas de los seguros y para que lo ayude a tomar una decisión informada con respecto a la elección y gestión de los servicios y beneficios que se le ofrecen a usted como empleado de Diversified Logistics Management, Inc.

Si usted (o sus dependientes) contaran con Medicare o fueran elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le brindará más opciones para su cobertura de medicamentos recetados. Por favor vea las páginas de la 39 a la 40 para más información.

ÍNDICE

4	Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC)
5	Elegibilidad
7	Novedades
8	Inscripción
9	Employee Navigator
11	Seguro Médico
12	Telemedicina pagada por el empleador
16	Conozca sus Opciones
17	¿Qué es un Examen Preventivo?
19	Seguro Dental
21	Seguro de Vista
24	Seguro Básico de Vida y de Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D)
25	Seguro Voluntario de Vida y AD&D
26	Seguro de Discapacidad a Corto Plazo (STD)
26	Seguro de Discapacidad a Largo Plazo (LTD)
27	Seguro Voluntario de Accidentes
28	Seguro Voluntario de Enfermedad Crítica
29	Seguro Voluntario de Indemnización Hospitalaria
30	Programa de Asistencia al Empleado - EAP
33	RightWay
34	CancerCare
35	HUSK
37	Términos a Conocer
38	Avisos Obligatorios
39	Aviso de Cobertura Acreditable de la Parte D de Medicare
47	Contactos



AVISO IMPORTANTE PARA LOS EMPLEADOS:

Esta Guía de Beneficios proporciona una descripción general de los diversos beneficios disponibles para usted a través del Programa de Beneficios del Empleado de Diversified Logistics Management, Inc.

La información de estos planes y pólizas se incluyen en los documentos oficiales de la póliza y del plan.

Esta guía solo sirve para cubrir los puntos más importantes de cada plan o póliza para fines exclusivamente ilustrativos. Este documento no contiene todos los factores con respecto a la cobertura, limitaciones o exclusiones que se incluyen en los documentos de la póliza. En caso de un conflicto entre la información incluida en esta guía y los documentos formales de la póliza, estos últimos prevalecerán.

RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA (SBC)

Se adjuntan los documentos del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) exigido por el gobierno federal para todas las opciones de planes médicos ofrecidos. En las siguientes páginas, encontrará resúmenes de planes con un formato más sencillo y fácil de entender que ofrecen una descripción general de los diversos beneficios disponibles a través del Programa de Beneficios para Empleados de Diversified Logistics Management, Inc.

Para acceder a sus SBC, usted puede escanear o hacer clic en el siguiente código QR con su teléfono.



Si prefiere una copia impresa, comuníquese con su departamento de Recursos Humanos.

ELEGIBILIDAD



PARA USTED

Todos los empleados de tiempo completo que trabajan en promedio **30 horas** a la semana son elegibles para inscribirse en los beneficios. Para obtener detalles específicos, consulte los documentos del plan.

Los beneficios de los nuevos empleados de tiempo completo para todas las líneas de cobertura comenzarán **el primer día del mes después de 60 días como empleado de tiempo completo.**

PARA SU FAMILIA

La legislación regula los requisitos de elegibilidad para la cobertura de los dependientes en los planes de seguro Médico. Es importante que todos entiendan lo que constituye la elegibilidad y las implicaciones al no seguir las directrices de elegibilidad.

Ejemplos para dependientes elegibles:

- Cónyuge legal
- Niños dependientes
- Niños con discapacidad

La legislación de reforma de la atención médica restringe a un plan o compañía de seguro médico a denegar la cobertura para un hijo menor a los 26 años de edad basándose en uno de los siguientes factores:

- Dependencia financiera con el empleado
- Residencia con el empleado
- Estatus del estudiante
- Estatus civil
- Estatus laboral

COBERTURA PARA DEPENDIENTES

Cuando usted se inscribe por primera vez, o si usted cambia de cobertura a mitad de año debido a un evento calificado, se le puede pedir que proporcione los documentos aplicables de la siguiente lista:

Documentación para verificación del cónyuge:

Certificado de matrimonio

Documentación de verificación de niños dependientes:

Certificado de nacimiento, documento judicial que otorga la custodia o requiere cobertura

Puede proporcionar estos documentos a su departamento de Recursos Humanos.

El cónyuge del hijo adulto no es elegible para la cobertura. En algunas circunstancias y por un período de tiempo limitado, un recién nacido de un dependiente adulto inscrito puede estar cubierto. Para los hijos adultos de 26 años, el estado de Florida ha adoptado una legislación que permite una cobertura extendida hasta los 30 años, pero bajo condiciones más limitadas, como que el hijo debe residir en Florida o ser un estudiante de medio tiempo o de tiempo completo, no debe estar casado, sin hijo(s) dependiente(s) propio(s). Además, no pueden estar cubiertos por otro plan grupal o de franquicia, plan estudiantil o individual, ni ser elegibles para Medicare.

Inscripción Abierta de Beneficios 2025

1 DE JUNIO AL 8 DE JUNIO



Visite la página de inicio de beneficios utilizando el código QR o el enlace que se proporciona a continuación

1

Programe su cita personalizada con un consejero de beneficios para obtener más información sobre sus opciones de beneficios

2

Revise el Guía de beneficios y otras herramientas educativas para obtener más información sobre sus ofertas de beneficios

3

Inscríbese en los beneficios! Asegúrese de tener a mano el nuevo SS# y DOB de dependientes y beneficiarios para completar su inscripción

ESCANEAME



ESCANEE EL CÓDIGO QR O USE EL ENLACE PARA VISITAR LA PÁGINA DE INICIO DE BENEFICIOS



<https://diversifiedlogistics.benefitsinfo.com/es-mx>



Novedades en 2026:

HUSK Marketplace – con HUSK Marketplace, los empleados tienen acceso a lo siguiente:

- Descuentos en más de 1000 gimnasios de todo el país
- Suscripciones virtuales en 5 categorías de bienestar a precios exclusivos de HUSK
- Descuentos en tecnología portátil, equipamiento deportivo, suplementos y mucho más

Cancer CARE for Life

- Te ayuda a ti y a tu familia durante y después del cáncer.
- Enfermeras que colaboran con tu equipo de atención para ofrecerte apoyo adicional
- Cuando finalice el tratamiento, pasará a nuestro programa de supervivencia.

Rightway

- Asesoramiento sanitario a cargo de un equipo de expertos que ayuda a comprender los beneficios
- Aplicación móvil y web
- Búsqueda de proveedores con puntuaciones de calidad



INSCRIPCIÓN

¿Cuándo puedo inscribirme?

- Durante su período inicial de elegibilidad para nuevos empleados
- Durante el período anual de inscripción abierta
- Dentro de los 30 días de un evento de vida calificado



CAMBIOS DE INSCRIPCIÓN A MITAD DE AÑO - Plan de Cafetería de la Sección 125

Los empleados reciben beneficios fiscales de un Plan de Cafetería de la Sección 125. Este plan le permite al empleado pagar por los beneficios antes de que los impuestos sean deducidos de su cheque de pago.

Cuando usted elige pagar estos beneficios autorizados antes de impuestos, ahorra porque paga menos impuestos. Usted no paga impuestos federales o del Seguro Social sobre estos dólares de beneficios designados. Por lo tanto, usted disminuye su ingreso gravable. Esto le permitirá llevarse a casa más de su cheque de pago, disminuyendo el costo neto del beneficio que está comprando.



Las regulaciones del IRS establecen que las opciones de beneficios no se pueden cambiar a mediados del año del plan a menos que usted experimente un evento de vida calificado.

Los cambios deben informarse dentro de los 30 días posteriores al evento calificado.

Algunos eventos calificados pueden incluir:

- Matrimonio, divorcio o muerte del cónyuge
- Nacimiento, adopción o cambio en la custodia legal
- Obtención o pérdida de otra cobertura, incluido un cambio en la situación laboral de su cónyuge que afecte los beneficios.
- Modificación de la ayuda social de Medicare o Medicaid
- Ley de Permiso Familiar y Médico (FMLA, por sus siglas en inglés) o Permiso para prestar Servicio Militar

El IRS no considera una dificultad económica como un evento calificado para renunciar a su cobertura.

Para determinar si alguno de estos aplica a usted, pregunte a su representante de Recursos Humanos.

TENGA EN CUENTA

La cobertura del Seguro de Vida Grupal superior a \$50,000 puede generar ingresos imputados, los cuales están sujetos a impuestos para el empleado, independientemente de si las primas se pagan antes o después de impuestos. Si bien estos ingresos generalmente no están sujetos a la retención del impuesto federal sobre las utilidades, los empleadores deben declararlos y retener los impuestos FICA correspondientes. Esto no constituye asesoramiento fiscal. Si tiene alguna pregunta, consulte la sección sobre [Seguros de Vida Grupales del IRS](#).



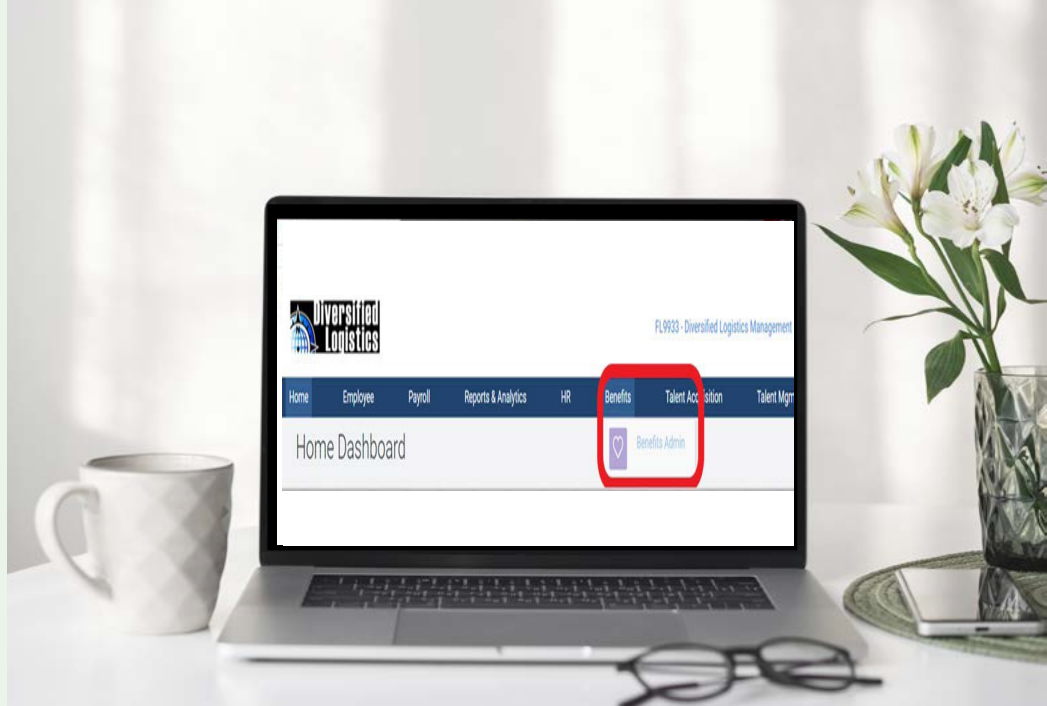
Single Sign-On está disponible a través de Proliant

Los empleados inician sesión en su portal de autoservicio Proliant

portal de autoservicio

Navegue a la pestaña de beneficios en la barra de menú

Haga clic en el botón "Benefits Admin"



Diversified Logistics Management, Inc utiliza Employee Navigator como nuestra plataforma de beneficios en línea. Invitamos a todos los empleados a utilizar el sistema para realizar elecciones de beneficios, cambios demográficos y de dirección y otras elecciones de eventos calificados. A continuación encontrará instrucciones sobre cómo registrarse como nuevo usuario y cómo acceder a Employee Navigator para usuarios recurrentes.

IDENTIFICADOR DE LA COMPAÑÍA: **DIVLOG**

NUEVOS USUARIOS

1. Usted recibirá un correo electrónico de registro
2. Use el enlace en el correo electrónico para crear su perfil del Employee Navigator.
3. Confirme y actualice su información personal
4. Elija o rechace a cada línea de cobertura
5. Revise el resumen de inscripción
6. Haga clic en el botón **Aceptar**

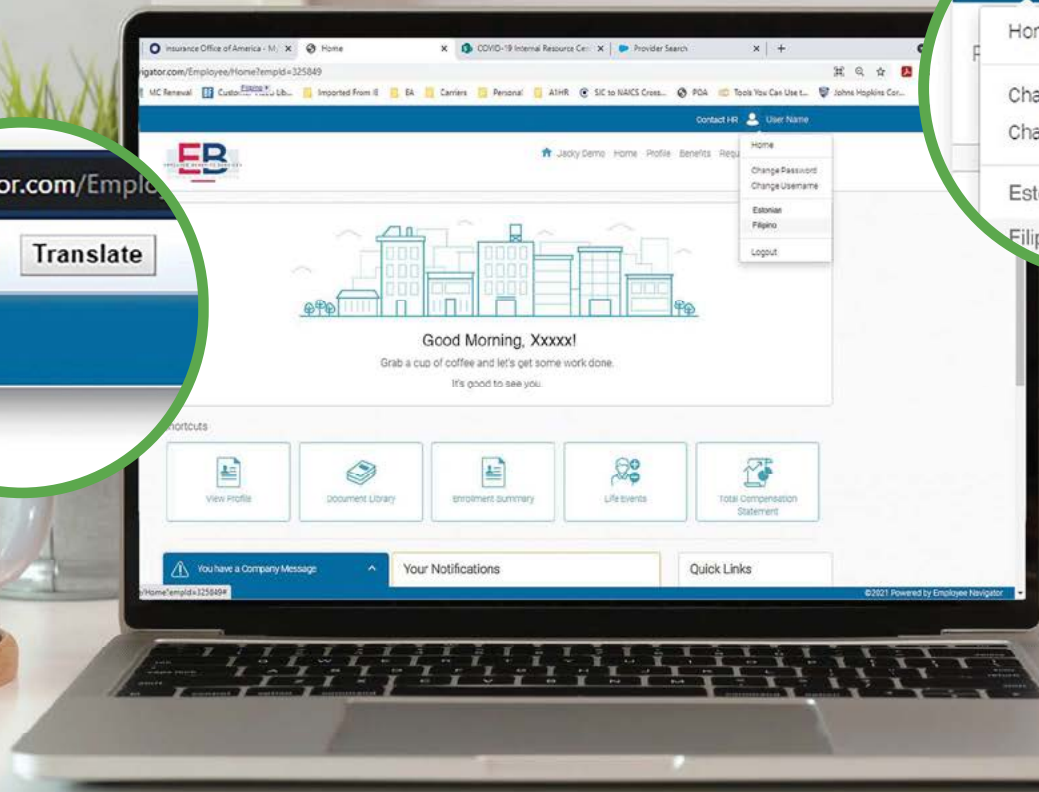
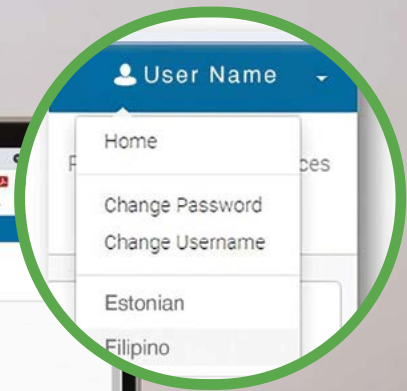
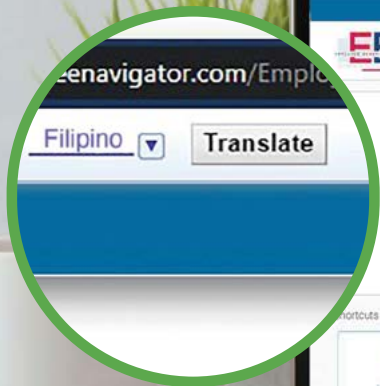


USUARIOS FRECUENTES

1. Usted recibirá un correo electrónico de bienvenida
2. Inicie sesión en ioa.employeenavigator.com
3. Confirme y actualice su información personal
4. Elija o rechace a cada línea de cobertura
5. Revise el resumen de inscripción
6. Haga clic en el botón **Aceptar**



TRADUCTOR DE GOOGLE



LENGUAJES DISPONIBLES

Afrikaans	Chinese (traditional)	Greek	Kannada	Malayalam	Russian	Tamil
Albanian	Corsican	Gujarati	Kazakh	Maltese	Samoan	Tatar
Amharis	Croatian	Haitian Creole	Khmer	Maori	Scots Gaelic	Telugu
Arabic	Czech	Hausa	Kinyarwanda	Marathi	Serbian	Thai
Armenian	Danish	Hawaiian	Korean	Mongolian	Sesotho	Turkish
Azerbaijani	Dutch	Hebrew	Kurdish (Kurmanji)	Myanmar (Burmese)	Shona	Turkmen
Basque	Esperanto	Hindi	Kyrgyz	Nepali	Sindhi	Ukrainian
Belarusian	Estonian	Hmong	Lao	Norwegian	Sinhala	Urdu
Bengali	Filipino	Hungarian	Latin	Odia (Oriya)	Slovak	Uyghur
Bosnian	Finnish	Icelandic	Latvian	Pashto	Slovenian	Uzbek
Bulgarian	French	Igbo	Lithuanian	Persian	Somali	Vietnamese
Catalan	Frisian	Indonesian	Luxembourgish	Polish	Spanish	Welsh
Cebuano	Galician	Irish	Macedonian	Portuguese	Sundanese	Xhosa
Chichewa	Georgian	Italian	Malagasy	Punjabi	Swahili	Yiddish
Chinese (simplified)	German	Japanese	Malay	Romanian	Swedish	Yoruba
		Javanese			Tajik	Zulu



SEGURO MÉDICO

Haga clic o escanee el código QR para acceder a la web de la compañía>>>



MERITAIN AN AETNA COMPANY

	Base 6500 Network: Aetna Choice® POS II (Open Access)	Mid 2000 Network: Aetna Choice® POS II (Open Access)	Buy Up 250 Network: Aetna Choice® POS II (Open Access)
BENEFICIOS MÉDICOS DENTRO DE LA RED			
Deducible (Individual/Familiar)	\$6,500/\$13,000	\$2,000/\$6,000	\$250/\$750
¿El deducible es por Año Calendario o por Año de Póliza?	Año calendario	Año calendario	Año calendario
Es un Deducible incluido o Deducible no incluido?	Incluido	Incluido	Incluido
Gastos de Bolsillo Máximos (Individuales/Familiares)	\$9,100/\$18,200	\$6,350/\$12,700	\$3,000/\$6,000
Coseguro	30%	30%	Ninguno
Fármacos Recetados	\$15 / < 20% o \$50 a \$200 máx / 100% de la tarifa negociada	\$15 / < 20% o \$50 a \$200 máx / 100% de la tarifa negociada	\$10 / \$50 / \$80
Fármacos Pedidos por Correo (Suministro para 90 días)	\$45 / < 20% o \$150 a \$500 máx / 100% de la tarifa negociada	\$45 / < 20% o \$150 a \$500 máx / 100% de la tarifa negociada	\$30 / \$150 / \$240
VISITAS AL CONSULTORIO MÉDICO			
Médico de Atención Primaria	\$35	\$35	\$20
Visitas Virtuales	\$35 PCP / \$65 SPC	\$35 PCP / \$65 SPC	\$35 PCP / \$65 SPC
Especialista	\$65	\$65	\$45
¿Se necesita un referido para ver a un especialista?	No	No	No
ATENCIÓN PREVENTIVA			
Exámenes Físicos de Rutina para Adultos Examen para el Bienestar de la Mujer Mamografía y Colonoscopia de Rutina Control de Niño Sano y Vacunaciones	Cubiertos al 100%	Cubiertos al 100%	Cubiertos al 100%
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO Y ANÁLISIS DE LABORATORIO			
Análisis de Laboratorio Clínico Independiente (Análisis de Sangre)	\$0	\$0	\$0
Establecimiento de Prueba de Diagnóstico Independiente (Rayos X)	\$0	\$50	\$50
Imágenes Avanzadas (Imagen por Resonancia Magnética, Tomografía por Emisión de Positrones, Tomografía Computarizada, Medicina Nuclear)	Deducible + Coseguro	\$300	\$200
HOSPITALIZACIÓN Y SERVICIOS AMBULATORIOS			
Hospitalización (Centro Médico)	Deducible luego Coseguro	\$100 por *PAD + Ded luego Cos	\$700 por admisión
Atención Quirúrgica Ambulatoria (Centro Hospitalario)	Deducible luego Coseguro	Deducible luego Coseguro	\$300 por suceso
Centro quirúrgico ambulatorio	Deducible luego Coseguro	\$250 por suceso	\$200 por suceso
Sala de Emergencias	\$500	\$500	\$500
Atención de Urgencia	\$50	\$50	\$50
BENEFICIOS MÉDICOS FUERA DE LA RED			
Deducible (Individual/Familiar)	\$10,000/\$30,000	\$6,000/\$18,000	\$1,000/\$3,000
Gastos de Bolsillo Máximos (Individuales/Familiares)	\$20,000/\$40,000	\$13,000/\$26,000	\$6,000/\$12,000
Coseguro	50%	50%	50%
DEDUCCIONES DE NÓMINA CADA DOS SEMANAS (26) PARA EL EMPLEADO			
Solo para el Empleado	\$89.26	\$199.19	\$259.88
Empleado + Cónyuge	\$521.34	\$681.69	\$794.30
Empleado + Hijo(s)	\$377.32	\$520.86	\$616.18
Empleado + Familia	\$778.17	\$968.49	\$1,111.97

* PAD = Deducible por admisión

Esta información resume los planes de beneficios de Diversified Logistics Management, Inc y es solo para fines ilustrativos. En caso de discrepancia entre esta ilustración y los documentos oficiales del plan, prevalecerán los documentos oficiales.

TELEMEDICINA PAGADA POR EL EMPLEADOR

TELADOC



Comuníquese con un médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana

La solución de Teladoc®

Teladoc es la solución de atención de salud a pedido que le brinda la atención médica que necesita, cuando la necesita. Puede hablar con un médico en cualquier momento y lugar sobre afecciones médicas que no son de emergencia.

Los beneficios de Teladoc \$0 copay

- Le permite ahorrar tiempo y dinero.
 - *Este servicio no tiene copago.*
- Puede recuperarse de su enfermedad más rápido.
- Obtiene recetas de manera conveniente.
- Usted elige el método de consulta.
- Tener una excelente salud brinda tranquilidad.

Con Teladoc, puede hablar con un médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Puede hacerlo por teléfono, video en línea o a través de la aplicación para teléfonos móviles. Use Teladoc para obtener atención y consejos médicos cuando:

- Su médico de atención primaria no está abierto.
- Está en su casa, viajando o no quiere tomarse un día libre del trabajo para ver a un médico.
- Necesita una receta o reabastecimientos.*

* Tenga en cuenta que no hay garantía de que le recetarán medicamentos.

Médicos con experiencia, altamente calificados

Con Teladoc, un médico altamente calificado responderá sus preguntas de carácter médico. Los médicos de Teladoc reúnen las siguientes características:

- Tienen experiencia: un promedio de más de 10 a 15 años en el ejercicio de la profesión.
- Son avanzados: utilizan tecnología de punta para brindar una excelente atención.
- Están avalados por la junta médica de EE. UU. y tienen licencia estatal.
- Están especialmente capacitados en telemedicina.



Hay más de una forma de comunicarse con un médico

Por teléfono. Llame al 1.800.362.2667.

Por Internet. Solicite una consulta por video en línea, en www.MyDrConsult.com.

Donde quiera que esté. Puede descargar la aplicación móvil de Teladoc visitando la App Store o Google Play.

Afecciones médicas comúnmente tratadas:

- Alergias.
- Bronquitis.
- Resfrió e influenza.
- Dolores de cabeza y migrañas.
- Infecciones en los ojos y oídos.
- Erupción e infecciones en la piel.
- Sinusitis.
- Dolor de estómago y diarrea.
- Infecciones del tracto urinario.
- Muchas otras enfermedades.

Comuníquese con un médico de Teladoc llamando al **1.800.362.2667** o ingresando en www.MyDrConsult.com.

© 2015 Teladoc, Inc. Todos los derechos reservados. Teladoc y el logotipo de Teladoc son marcas comerciales registradas de Teladoc, Inc. y no pueden utilizarse sin autorización por escrito. Teladoc no reemplaza al médico de atención primaria ni garantiza que se emitan recetas por escrito. Teladoc está sujeto a regulaciones estatales y es posible que no esté disponible en todos los estados. Teladoc no receta sustancias controladas por la DEA (Drug Enforcement Administration, Administración para el Control de Drogas), medicamentos no terapéuticos ni ciertos medicamentos que pueden ser perjudiciales si se abusa de ellos. Los médicos de Teladoc se reservan el derecho a negar la atención por el posible uso indebido de servicios. Las consultas telefónicas de Teladoc están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, y las consultas por video están disponibles de 7 a. m. a 9 p. m., los 7 días de la semana.

Cómo registrarse en Teladoc

Puede acceder a Teladoc desde cualquier lugar donde tenga Internet. Simplemente, haga lo siguiente:

1. Visite www.MyDrConsult.com y haga clic en *Set Up Account* (Configurar cuenta).
2. Escriba su nombre, fecha de nacimiento, código postal, dirección de correo electrónico, género y el idioma que prefiere, y luego haga clic en *Continue* (Continuar). El sistema lo identificará con esta información. Si no fuera posible identificarlo, lo derivarán al Servicio de Atención al Cliente de Teladoc.
3. En la pantalla siguiente, escriba la información que se solicita y haga clic en *Set up my account* (Configurar mi cuenta). ¡Y listo! Ahora está registrado.

Luego, para completar su perfil, puede hacer clic en *My Medical History* (Mis antecedentes médicos). Puede completar esta sección enseguida cuando se registra o puede hacerlo en otro momento. Si lo hace cuando termina de registrarse, ya podrá pedir una consulta, en cualquier momento, y no tendrá que completar los antecedentes médicos cuando se sienta enfermo..

Si tiene preguntas o dificultades para configurar su cuenta, llame a Teladoc al **1.800.DOC.CONSU**
(1.800.362.2667).

No todos los servicios están cubiertos. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones y las limitaciones de cobertura. Los proveedores son contratistas independientes y no son agentes de Meritain Health®. La participación de los proveedores puede modificarse sin previo aviso. Ni Meritain Health ni Aetna proporcionan cuidado ni garantizan acceso a servicios de salud.





Su directorio en línea DocFind[®]

Aetna Choice[®] Point of Service (POS) II

Encontrar médicos y hospitales en la red es muy fácil

Cuando usted y su familia necesitan atención, puede buscar médicos y hospitales en la red Aetna Choice POS II. Hacerlo es muy fácil si usa el directorio en línea DocFind de Aetna.* En las listas actualizadas, puede buscar proveedores por nombre, especialidad, sexo, afiliaciones a hospitales y mucho más.

Encuentre un proveedor de Aetna en línea en apenas algunos pasos

Puede usar el directorio DocFind desde cualquier lugar donde tenga acceso a Internet. Simplemente haga lo siguiente:

1. Visite <http://www.aetna.com/docfind/custom/mymeritain/>.
2. Escriba el código postal, la ciudad, el condado o el estado del área geográfica deseada en el campo *Enter location here* (Ingresar la ubicación aquí). Haga clic en *Search* (Buscar).
3. Escriba *Aetna Choice[®] POS II (Open Access)* debajo de *Select a Plan* (Seleccionar un plan) o puede seleccionar *Aetna Choice[®] POS II (Open Access)* en la lista de planes. Haga clic en *Continue* (Continuar).
4. Hay dos opciones disponibles para buscar proveedores. La búsqueda guiada usa algunos de los términos buscados más comunes y los organiza fácilmente para que los usuarios los encuentren. Para usar la búsqueda guiada, haga clic en una de las categorías debajo de *Find what you need by category* (Encuentre lo que necesita por categoría).
5. También puede utilizar el cuadro de búsqueda que incluye sugerencias de escritura automática, que le brindará opciones de búsqueda de proveedores, centros, especialidades y enfermedades según el texto ingresado. Estas opciones sugeridas mostrarán una coincidencia exacta o los proveedores relevantes. Para usar el cuadro de búsqueda, ingrese el tipo de proveedor, el nombre del proveedor, la especialidad o la enfermedad en el campo de búsqueda que figura debajo de *What do you want to search for near* (Qué es lo que desea buscar cerca de...), y luego aparecerá la ubicación elegida.
6. Elija su proveedor de la lista de proveedores que aparece en la pantalla de resultados. Para obtener más información sobre cada proveedor, puede hacer clic en el nombre.
7. Para limitar los resultados de la búsqueda, utilice la opción *Filter & Sort* (Filtrar y clasificar). Las opciones incluyen *Gender (Sexo)*, *Languages (Idiomas)*, *Hospital Affiliations (Afiliaciones a hospitales)*, *Office Detail (Información sobre el consultorio)*, *Individual Practice Association Affiliations (Afiliaciones a asociaciones de práctica individual)*, *Group Affiliations (Afiliaciones a grupos)* y *Provider Type (Tipo de proveedor)*.

Si tiene preguntas mientras busca un médico o un hospital, haga clic en el enlace *Contact DocFind* (Comunicarse con DocFind). Está en la parte superior de cualquier página de DocFind. Podrá enviar rápidamente un comentario o una pregunta.

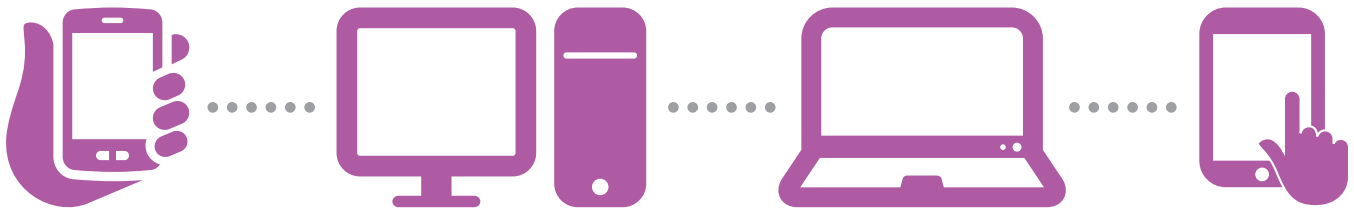


Healthcare Benefits Information at Your Fingertips

Introducing Mobile Capabilities for members

On-the-go access to your Meritain Health benefits

You can get benefits information when and where you need it—right from your smart phones and tablets. It's all part of our Mobile Capabilities for members from Meritain Health.



Easy to access and easy to use

1. **First, simply register for your mobile account through www.meritain.com.** (If you've already registered to access your personal information on myMERITAIN—you can skip this step. Simply log in to myMERITAIN through the browser on your smart device to access your account.) *
2. **From any mobile device, just log into myMERITAIN.** Once you do, your mobile features will be ready to use. You'll find quick-to-navigate displays you can easily use with your device's touch screen.

** For best results, we recommend you register for your mobile account using a desktop computer.*

If you have any questions about how to register or use Meritain Health's Mobile Capabilities, we can help. Simply call our customer service department using the phone number on your member ID Card.

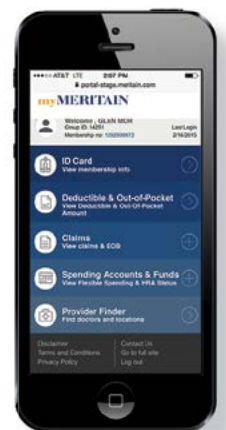
Helpful benefits information

You can rely on Meritain Health's Mobile Capabilities for members if:

- You need to quickly find a doctor or hospital in your network.
- You're not near a computer and need to know your deductible or out-of-pocket amounts.
- You need to make a healthcare purchase but don't know your FSA or HRA balance.**
- You want to research a claim or take a look at an Explanation of Benefits (EOB) statement on the go.
- You want to download and view (.pdf) a copy of your ID Card.

You may not always be in front of your computer. But you'll always be able to find the healthcare information you need to help you get the most out of your healthcare benefits. It is one more way Meritain Health is working hard to help you be your healthiest self.

*** If applicable to your plan.*



www.meritain.com

©2015-2016 Meritain Health, Inc. All rights reserved.

CONOZCA SUS OPCIONES

5 Opciones de Atención Médica

para ayudarlo a tomar la mejor decisión para sus necesidades médicas

Visitas Virtuales \$

Acceso las 24 horas del día, los 7 días a la semana, los 365 días al año a un médico a través de convenientes consultas por video o teléfono

Usted puede recibir atención médica para:

- Tos, resfriado y gripe
- Alergias
- Problemas cutáneos
- Problemas sinusales
- Fiebres leves

Clínica de Atención de Conveniencia \$

Si su condición no es de urgencia o emergencia.

Usted puede recibir atención médica para:

- Tos, resfriado y gripe
- Conjuntivitis
- Infección de las vías urinarias
- Infección de oído
- Piojos
- Mordidas de insectos
- Quemaduras menores, cortes y raspaduras
- Torceduras y esguinces

Consultorio Médico \$\$

Atención o tratamiento de rutina para un problema actual de salud

Usted puede recibir atención médica para:

- Chequeos de rutina
- Vacunas
- Servicios preventivos
- Administrar medicamentos
- Recibir una referencia a un especialista

Centro de Atención de Urgencias \$\$\$

Si usted necesita atención médica rápida para un problema médico que no sea de emergencia

Usted puede recibir atención médica para:

- Migraña
- Dolor severo de espalda
- Vómitos y diarrea
- Fracturas menores
- Ataques de asma
- Tos severa
- Mordidas de animales
- Heridas que requieren suturas

Sala de Emergencias \$\$\$\$

Para una emergencia médica verdadera que resulte en peligros serios para su salud, deterioro de las funciones corporales o de los órganos.

Usted puede recibir atención médica para:

- Traumatismo craneal o pérdida de conciencia
- Dolor de pecho
- Entumecimiento o dificultad para hablar
- Dolor abdominal severo
- Tos o vómitos con sangre
- Sangrado y quemaduras severas



¿QUÉ ES UN EXAMEN PREVENTIVO?

También llamado: examen físico, examen de bienestar o examen anual.

Un Examen Preventivo es una evaluación médica programada, personalizada y orientada a la atención preventiva. Esto incluye antecedentes apropiados de la edad y el sexo, un examen físico, una revisión de los factores de riesgo, los planes para reducirlos y la solicitud de inmunizaciones apropiadas, pruebas de detección de laboratorio, ultrasonido o procedimientos de diagnóstico.

¿Qué significa esto?

Un Examen Preventivo es un examen médico anual, que cubre todos los aspectos de prevención y conservación de la salud relacionados con la edad, el sexo y los antecedentes familiares; es un "examen de bienestar". Un examen preventivo NO es una visita de seguimiento o una visita basada en un problema; no se puede esperar que se atienda todo lo que le preocupa desde su última visita al médico.

Un SEGUNDO servicio puede ser necesario

Según el criterio y el tiempo del proveedor, los problemas nuevos o de seguimiento a enfermedades crónicas pueden abordarse como un SEGUNDO servicio durante una visita de examen preventivo.

NOTA: En caso de ser necesario un SEGUNDO servicio durante una visita de examen preventivo su plan de seguro puede requerir un copago o aplicar cargos a su deducible.

Para más información sobre salud preventiva y servicios gratuitos ofrecidos, visite:
www.hhs.gov/healthcare/about-the-aca/preventive-care/index



RECETAS MÉDICAS

Hay otras fuentes para ayudar a cubrir el costo de los antibióticos, medicamentos para la presión arterial, el colesterol o los suministros para la diabetes.



Funciona con o sin seguro

Debe crear una cuenta en [CostPlusDrugs.com](https://www.costplusdrugs.com) y pedir que su proveedor envíe su receta médica a [CostPlusDrugs.com](https://www.costplusdrugs.com).

La receta médica se enviará por correo si el medicamento usualmente está disponible. Debe determinar esto antes de enviar su receta ya que la disponibilidad cambia frecuentemente.

Una lista completa de medicamentos está disponible en [CostPlusDrugs.com/medications](https://www.costplusdrugs.com/medications)

Receta de pedido por correo



Funciona con o sin seguro

\$5 por mes

(Solo para miembros Prime)

Debe crear una cuenta en [amazon.com](https://www.amazon.com) o use su membresía actual de Amazon Prime. Su proveedor debe enviar su receta médica a Amazon.

La receta médica se enviará por correo si el medicamento usualmente está disponible. Debe determinar esto antes de enviar su receta ya que la disponibilidad cambia con frecuencia.

Una lista completa de medicamentos está disponible en [pharmacy.amazon.com/how-it-works](https://www.pharmacy.amazon.com/how-it-works)

Receta de pedido por correo



Fuera del seguro: aproveche los cupones para su medicamento con receta hasta con un 50% de descuento

Debe descargar la aplicación y crear una cuenta en [GoodRx.com](https://www.goodrx.com) ¡La aplicación es GRATIS!

La desventaja de las compras de GoodRx es que NO se acumulan para su deducible o gasto máximo fuera de su bolsillo ya que no se ejecutan a través del seguro. La ventaja es que, por lo general, puede ir a los comerciantes minoristas locales que ya pueden tener su receta registrada o transferirla fácilmente desde otra farmacia minorista (Walgreens a CVS, etc).

Una lista completa de medicamentos está disponible en [goodrx.com](https://www.goodrx.com) o en la aplicación móvil de GoodRx.

Prescripción local

SEGURO DENTAL

MUTUAL OF OMAHA

Haga clic o escanee el código QR para acceder a la web de la compañía >>>



RESUMEN DE LOS BENEFICIOS Red

Deducible Anual (Individual/Familia)
Beneficio Anual Máximo
Beneficio Máximo de Ortodoncia por Período de Vida
Período de Espera
Transferencia
Fuera de la red, ¿es MAC or UCR?

VOLUNTARY PPO Mutually Preferred

\$50 / \$150
\$2,000
\$1,000
Ninguno
Incluida
90th% UCR (Usual, Acostumbrado y Razonable)

VOLUNTARY PPO TEXAS ONLY Mutually Preferred

\$50 / \$150
\$2,000
\$1,000
Ninguno
Incluida
MAC (Cargo Máximo Permitido)

DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
------------------	-----------------	------------------	-----------------

SERVICIOS PREVENTIVOS – SIN DEDUCIBLE

Evaluaciones Orales
Profilaxis: Limpiezas
Tratamiento de Fluoruro (solo para los niños)
Radiografía de aleta de mordida, radiografía de toda la boca
Selladores
Mantenedores de Espacio

El plan paga 100%	El plan paga 80% del 90% UCR*	El plan paga 100%	El plan paga 100% de Mac**
-------------------	-------------------------------	-------------------	----------------------------

SERVICIOS BÁSICOS

Restauraciones de Amalgama (Empastes Plateados)
Restauración con Resina (anterior y posterior)
Extracciones (de rutina y quirúrgicas)
Tratamiento Endodóntico
Tratamiento Periodóntico

El plan paga 90%	El plan paga 80% del 90% UCR*	El plan paga 90%	El plan paga 90% de Mac**
------------------	-------------------------------	------------------	---------------------------

SERVICIOS DE MAYOR COMPLEJIDAD

Coronas
Dentaduras Postizas
Puentes

El plan paga 60%	El plan paga 50% del 90% UCR*	El plan paga 60%	El plan paga 60% de Mac**
------------------	-------------------------------	------------------	---------------------------

SERVICIOS DE ORTODONCIA

Diagnósticos y Tratamientos (adultos & hijos)

50%	50%	50%	50%
-----	-----	-----	-----

DEDUCCIONES CADA DOS SEMANAS DE PAGO

Solamente para el empleado
Empleado + Cónyuge
Empleado + Hijo(s)
Empleado + Familia

\$12.19	\$9.44
\$24.95	\$19.32
\$31.97	\$23.69
\$43.60	\$33.57

Esta información resume los planes de beneficios dentales de Diversified Logistics Management, Inc. y es solo para fines ilustrativos. En caso de discrepancia entre esta ilustración y los documentos oficiales del plan, prevalecerán los documentos oficiales.

* Los servicios fuera de la red están sujetos al 90% de las tarifas Usuales, Acostumbradas y Razonables (UCR). Esto significa que el pago máximo por un servicio cubierto de un proveedor fuera de la red viene determinado por las tarifas que cobran el 90% de los proveedores de la zona en cuestión o menos.

** SÓLO TEXAS – Los servicios fuera de la red están sujetos al reembolso del Cargo Máximo Permitido (MAC). Tanto los beneficios dentro como fuera de la red tienen porcentajes de coseguro, pero todos los pagos se basan en las tarifas con descuento de la PPO. Cuando recurre a proveedores de la red, se beneficia de los ahorros de la PPO. Sin embargo, si busca atención fuera de la red, es posible que tenga que pagar la diferencia entre las tarifas con descuento de la PPO y los cargos normales del proveedor fuera de la red por los servicios prestados.

ENCUENTRE DENTISTA FÁCIL Y RÁPIDAMENTE

Con nuestro directorio de
proveedores en línea

Con nuestro seguro dental, tiene total libertad para elegir el dentista que desee, ya sea dentro o fuera de la red. Sin embargo, ahorrará más si elige un dentista que forme parte de la red. La red cuenta actualmente con miles de dentistas en todo el país, por lo que es muy probable que haya un dentista cerca de usted que esté incluido.

Búsqueda de proveedores en línea

Puede encontrar un dentista en línea de forma fácil y rápida.

- 1 Visite MutualofOmaha.com/Dental
- 2 Haga clic en “**Encontrar dentista**”
- 3 Seleccione su **red**
- 4 Ingrese su **código postal** o **ciudad y estado** para encontrar un proveedor cerca de usted
- 5 Los criterios de búsqueda opcionales incluyen:
 - Especialidad
 - Idioma
 - Apellido del proveedor
 - NPI
 - Distancia
 - Número de licencia
 - Género
- 6 Guarde sus resultados exportando la lista de proveedores por correo electrónico o mediante la función de impresión.

Contactar a un proveedor

Si decide llamar directamente a un proveedor, no olvide mencionar la red de afiliación a la que pertenece el proveedor para que se aclare su asociación con nosotros.



Si sigue teniendo dudas o no conoce la red de afiliados, contacte a nuestro equipo de atención para pacientes odontológicos para obtener ayuda.

Nota: Los resultados de la búsqueda mostrarán la red de afiliados de los proveedores participantes. Consulte el ejemplo siguiente:

Red: Red de Mutually Preferred/[Red de afiliados]

Atención al cliente de pacientes odontológicos

Si tiene alguna pregunta o necesita más ayuda durante las horas hábiles, contacte a nuestro equipo de atención al (800) 927-9197.

Su tarjeta de identificación dental

El nombre de su red aparece en la esquina superior derecha (parte posterior) de su tarjeta de identificación dental. Consulte la muestra siguiente.

Customer Service 800-927-9197	Mutually Preferred® Network
Electronic Payor ID CX087	
Submit Claims Using Insured Member Number to: Mutual of Omaha: Claims P.O. Box 211472 Eagan, MN 55121	Send Written Inquiries to: P.O. Box 211472 Eagan, MN 55121
www.MutualofOmaha.com/dental	

Mutually Preferred®



Underwritten by
United of Omaha Life Insurance Company
A Mutual of Omaha Company

SEGURO DE VISTA

MUTUAL OF OMAHA



Escanee o haga clic en el código QR para acceder al sitio web del operador



RESUMEN DE LOS BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED EyeMed	FRECUENCIA
Examen Ocular Completo	\$10	12 Meses
Copago de Materiales	\$25	
Monturas para Anteojos	\$130 de asignación, descuento de 20% para el saldo restante.	24 Meses
LENTE ESTÁNDAR PARA ANTEOJOS		
Visión Simple	Cubierto 100% después de \$25 de copago	12 Meses
Bifocales	Cubierto 100% después de \$25 de copago	
Trifocales	Cubierto 100% después de \$25 de copago	
LENTE DE CONTACTO		
Lentes de Contacto Convencional	\$130 de asignación, 15% de descuento en el saldo para lentes convencionales.	12 Meses
Lentes de Contacto Medicamento Necesarios	Cubierto 100% después de \$25 de copago	
DEDUCCIONES SEMANALES DE PAGO		
Solamente para el empleado	\$2.66	
Empleado + Cónyuge	\$5.34	
Empleado + Hijo(s)	\$5.06	
Empleado + Familia	\$7.97	



Los lentes de contacto electivos reemplazan a los anteojos (lentes y monturas). No es elegible para anteojos bajo nuestro plan hasta 12 meses después de recibir los lentes de contacto y viceversa.

Esta información resume los planes de beneficios de Diversified Logistics Management, Inc y es solo para fines ilustrativos. En caso de discrepancia entre esta ilustración y los documentos oficiales del plan, prevalecerán los documentos oficiales.

Guía de referencia en línea para miembros del plan



Usted tiene un gran seguro oftalmológico. Ahora aprenda cómo puede hacer pleno uso de nuestro sitio web y del plan oftalmológico para garantizar una salud visual adecuada para usted y su familia.

Con el acceso en línea puede:

- Ver información de prestaciones
- Ver historial de reclamos y explicación de prestaciones
- Localizar un proveedor
- Acceda a formularios o presente un reclamo en línea

Empezando

- Inicie sesión en MutualofOmaha.com/vision
- Haga clic en "Ver mis prestaciones oftalmológicas"
- Haga clic en "¿Necesita registrarse?" botón: ingrese su nombre, fecha de nacimiento, número de identificación de miembro (localizado en su tarjeta de identificación de miembro) o los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (si lo proporciona su empleador), código postal y dirección de correo electrónico, y siga las instrucciones para seleccionar su nombre de usuario y contraseña

Iniciar sesión

- Go to MutualofOmaha.com/vision
- Vaya a MutualofOmaha.com/vision
- Haga clic en "Ver mis prestaciones oftalmológicas"
- Ingrese su nombre de usuario y contraseña
- Haga clic en el botón "Iniciar sesión"

Herramientas y recursos en línea

Ver sus prestaciones

- Cobertura, fechas de vigencia y frecuencia de las prestaciones
- Dependientes incluidos en el plan
- Prestaciones utilizadas por usted y sus dependientes
- Imprimir tarjetas de identificación
- Ofertas especiales
- Herramienta de estimación de costos Know Before You Go

Acceder a un formulario de reclamo

Si visita a un proveedor fuera de la red, deberá pagar los servicios de su bolsillo y enviar un formulario de reclamo que se encuentra en la sección "Reclamos".

Encuentre un proveedor

Una vez que haya creado una cuenta e iniciado sesión, haga clic en "Localizador de proveedores". Desde aquí, puede buscar por código postal o "usar mi ubicación" para encontrar un proveedor cerca de usted.

Servicio al Cliente

833-279-4358



Descargue la aplicación EyeMed Members en su iPhone, iPad o Android para ver la información de beneficios y la tarjeta de identificación.



Underwritten by
United of Omaha Life Insurance Company
A Mutual of Omaha Company

El seguro oftalmológico está suscrito por la compañía aseguradora United of Omaha Life, 3300 Mutual de Omaha Plaza, Omaha, NE 68175, 1-800-769-7159. La compañía aseguradora United of Omaha Life está habilitada en todo el país, excepto en Nueva York. Formulario de póliza número G2018MP o equivalente al estado. Se pueden aplicar exclusiones y limitaciones.

450101_0723_SP

MOVILICE SU BENEFICIO DE VISIÓN



Mutual of Omaha se ha asociado con EyeMed Vision Care para ofrecer una aplicación que le ayuda a aprovechar al máximo su experiencia de beneficios de visión, en cualquier momento y en cualquier lugar.



Entre las funciones de la aplicación EyeMed se incluyen:

- Beneficios y requisitos
- Seguimiento de reclamaciones
- Ofertas especiales para ayudarlo a ahorrar más
- Localizador de proveedores para encontrar oftalmólogos de la red
- Tarjeta de identidad digital
- Recordatorios de próximos exámenes
- Recordatorios de sustitución de lentes de contacto
- Interactivos de bienestar para ver mejor y vivir sano
- Reconocimiento facial, Touch ID y Apple Wallet para los usuarios de Apple
- Preguntas más frecuentes



Para acceder a la aplicación y utilizarla, simplemente:

1. Busque **EyeMed** en App store, iTunes o Google Play y descargue la aplicación en su dispositivo móvil.
2. Regístrese con su ID de afiliado.
3. Si ya registró una cuenta en el sitio web para miembros de Mutual of Omaha vision, inicie sesión en la aplicación utilizando la misma información de cuenta.

¿Preguntas?

Llame o visite mutualofomaha.com/vision
para obtener más información.

POWERED BY

eye
Med



Underwritten by
United of Omaha Life Insurance Company
A Mutual of Omaha Company

La póliza de seguro de visión está suscrita por United of Omaha Life Insurance Company, con domicilio en 3300 Mutual of Omaha Plaza, Omaha, NE 68175, y número de teléfono (800) 769-7159. United of Omaha Life Insurance Company tiene licencia en todo el país, salvo en Nueva York. Formulario de póliza número G2018MP o equivalente al estado. Pueden aplicarse algunas exclusiones y limitaciones. 631471_SP

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

MUTUAL OF OMAHA

¡100% Pagado por Empleador!

Escanee o haga clic en el código QR para acceder al sitio web del operador >>>



RESUMEN DE BENEFICIOS

MONTO DEL BENEFICIO DEL SEGURO DE VIDA

\$15,000

MONTO DEL BENEFICIO DEL SEGURO DE MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D)

\$15,000

REDUCCIÓN DE BENEFICIOS:

65% a la edad de 65

50% a la edad de 70

TENGA EN CUENTA:

Recuerde actualizar la información de sus beneficiarios.

Los ingresos que reciben sus beneficiarios generalmente están exentos de impuestos.

Sus beneficiarios pueden recibir beneficios de hasta 2 veces el monto base si la causa de su muerte es el resultado de un accidente

El seguro de vida básico grupal ayuda a proteger a sus seres queridos de las dificultades financieras relacionadas con una muerte prematura.

Beneficio en efectivo pagado a su beneficiario en caso de su muerte.

Beneficio en efectivo si sufre una pérdida cubierta en un accidente, como perder una extremidad o la vista.

DEBE designar a su(s) beneficiario(s) en Employee Navigator, su portal de beneficios en línea.

La designación de su beneficiario garantiza que su beneficiario recibirá el beneficio en lugar de que pase a la sucesión.

Esta información resume los planes de beneficios de Vida Básica y AD&D de Diversified Logistics Management, Inc y es solo para fines ilustrativos. En caso de discrepancia entre esta ilustración y los documentos oficiales del plan, prevalecerán los documentos oficiales.

SEGURO VOLUNTARIO DE VIDA Y AD&D



MUTUAL OF OMAHA

Haga clic o escanee el código QR para acceder a la web de la compañía >>>

RESUMEN DE BENEFICIOS

EMPLEADOS	CÓNYUGES	HIJOS
Incremento de Beneficios: \$10,000	Incremento de Beneficios: \$5,000	Incremento de Beneficios: \$5,000
Beneficio Mínimo: \$10,000	Beneficio Mínimo: \$5,000	Beneficio Mínimo: \$5,000
Beneficio Máximo: 10x el salario anual hasta \$500,000	Beneficio Máximo: 100% la cantidad garantizada del cónyugue hasta \$250K	Beneficio Máximo: \$10,000
Cantidad Garantizada: 10x el salario anual hasta \$100,000	Cantidad Garantizada: 100% la cantidad garantizada hasta 25K	Cantidad Garantizada: \$10,000

Las deducciones de la nómina se muestran en Employee Navigator, su portal de prestaciones en línea

Si elige este plan durante la afiliación abierta o como nueva contratación, puede elegir hasta la cantidad de emisión garantizado sin presentar una Prueba de aseguridad (un registro de los eventos de salud pasados y actuales de una persona).

REDUCCIÓN DE BENEFICIOS

35% a los 65 años

50% a los 70 años

TENGA EN CUENTA:

Recuerde actualizar la información de sus beneficiarios. Sus beneficiarios pueden recibir beneficios de hasta el doble del monto base si la causa de su muerte es un accidente.

Los beneficios que reciben sus beneficiarios suelen estar exentos de impuestos.



Esta información resume los beneficios de Seguro de Vida Voluntario y los planes AD&D de Diversified Logistics Management, Inc y es solo para fines ilustrativos. En caso de discrepancia entre esta ilustración y los documentos oficiales del plan, prevalecerán los documentos oficiales.

SEGURO DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO (STD)

MUTUAL OF OMAHA

Escanee o haga clic en el código QR para acceder al sitio web del proveedor >>>



Las deducciones de la nómina se muestran en Employee Navigator, su portal de prestaciones en línea

RESUMEN DE BENEFICIOS

Período de espera por accidentes	7 días
Período de espera por enfermedades	7 días
Duración del beneficio	13 semanas
Porcentaje del beneficio	60% del salario semanal
Beneficio máximo	Hasta \$1,000 por semana
Condiciones pre existentes	3/6 Enfermedad preexistente es una enfermedad o lesión por la que ha recibido tratamiento en los 3 meses anteriores a la fecha de entrada en vigor de esta póliza, hasta que haya estado cubierto por la póliza durante 6 meses.



SEGURO DE DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD)

MUTUAL OF OMAHA

Escanee o haga clic en el código QR para acceder al sitio web del proveedor >>>



Las deducciones de la nómina se muestran en Employee Navigator, su portal de prestaciones en línea

RESUMEN DE BENEFICIOS

Elimination period	90 days
Benefit amount	60% of monthly salary
Benefit maximum	Up to \$6,000 per month
Duration of benefits	Social Security Normal Retirement Age as long as you remain disabled
Definition of disability	24 months own occupation
Pre-existing conditions	3/12 Pre-Existing Condition is an illness or injury for which you have received treatment for a condition within 3 months before your effective date under this policy until you have been covered under the policy for 12 months

Esta información resume los planes de beneficios por discapacidad de Diversified Logistics Management, Inc y es solo para fines ilustrativos. En caso de discrepancia entre esta ilustración y los documentos oficiales del plan, prevalecerán los documentos oficiales.

SEGURO VOLUNTARIO DE ACCIDENTES

MUTUAL OF OMAHA

536414

Seguro de accidentes

¿Si te rompieras una pierna, esto arruinaría tu cuenta bancaria?



Si bien los accidentes son inesperados y suelen ocurrir sin previo aviso, no debes permitir que una lesión te tome por sorpresa. Puedes estar preparado para hacer frente a los consiguientes gastos médicos con la ayuda de una póliza de seguro contra accidentes.

El seguro contra accidentes paga un beneficio en efectivo de suma global por las lesiones que usted o un familiar asegurado sufran como resultado de un accidente. Dado que el seguro de accidentes es complementario, funciona junto con otras coberturas de seguro que pueda tener. El beneficio en efectivo se puede utilizar para:

- cubrir los vacíos de otras coberturas
- complementar los gastos de vida diarios
- cubrir la pérdida de ingresos por tiempo libre no remunerado

Con un seguro contra accidentes, no tendrá que preocuparse por cómo pagará la atención y sus ahorros podrán estar protegidos.

¿Cuánto seguro de accidentes es suficiente?

El tratamiento de una lesión grave generalmente implica gastos médicos no cubiertos, como deducibles, copagos, suministros médicos, recetas y costos de fisioterapia, por nombrar solo algunos.

Considere estos gastos:

Ejemplo médico: Pierna rota*

- Visita a la sala de emergencias: \$1000-\$2000 (incluye yeso temporal)
- Muletas: Hasta \$100
- Aplicación de yeso: \$221
- Terapia física: \$50-\$75 por hora durante seis a ocho semanas

**Estos gastos son sólo para fines ilustrativos. Los gastos pueden variar según la lesión, el estado o el proveedor.*

Inscríbese en un seguro grupal contra accidentes y obtenga la tranquilidad de saber que usted y su familia están protegidos en caso de un accidente.



Underwritten by
United of Omaha Life Insurance Company
A Mutual of Omaha Company

El seguro de Indemnización Hospitalaria está respaldado por la compañía aseguradora United of Omaha Life, 3300 Mutual of Omaha Plaza, Omaha, NE 68175, 1-800-769-7159. La compañía aseguradora United of Omaha Life está habilitada en todo el país, excepto en Nueva York. Formulario de póliza número 7000GM-U-EZ 2010. Pueden aplicarse algunas exclusiones, limitaciones y descuentos. Para obtener una lista de exclusiones, limitaciones y reducciones, visite <https://www.mutualofomaha.com/disclosure/accident>. No ofrece un seguro hospitalario básico, médico básico o de gastos médicos mayores. No es una póliza complementaria de Medicare. El seguro está diseñado para pagarle un importe fijo en dólares, independientemente del importe que cobre el proveedor.

619556_SP

SEGURO VOLUNTARIO DE ENFERMEDAD CRÍTICA

MUTUAL OF OMAHA

566415

Seguro de enfermedades críticas



Una enfermedad crítica inesperada puede tener un impacto duradero en usted y su familia: física, emocional y económicamente.

Una enfermedad crítica inesperada, como un ataque cardíaco, un accidente cerebrovascular o un cáncer, suele aparecer sin previo aviso y puede tener efectos duraderos para usted y su familia. Afortunadamente, con todos los avances de la medicina actual, las posibilidades de recuperarse de enfermedades críticas como estas han mejorado significativamente. ¿Pero podría recuperarse financieramente?

Incluso si tiene el mejor plan de seguro médico disponible, no cubrirá el 100 por ciento de los gastos médicos. También debe considerar otros gastos asociados con el proceso de recuperación (ausencias del trabajo, gastos de viaje, modificaciones en el hogar) que pueden agotar rápidamente sus ahorros. El impacto financiero de una enfermedad es real... y el seguro de enfermedades críticas puede ayudar.

¿Cómo funciona?

Una póliza de seguro de enfermedad crítica proporciona una prestación en metálico a tanto alzado en caso de diagnóstico de una enfermedad crítica. Esta prestación puede utilizarse para pagar los gastos médicos de bolsillo o ayudar a complementar los gastos de la vida diaria. Se ocupa de sus facturas para que usted pueda centrarse en lo más importante: recuperarse.

¿Cuánto es suficiente?

La cobertura del seguro de Enfermedad Grave que necesita depende de su situación actual y de los gastos en que pueda incurrir si se le diagnostica una enfermedad grave. Tenga en cuenta lo siguiente:

GASTOS DE BOLSILLO PREVISTOS	
Necesidades de atención médica a domicilio	\$ _____
Gastos médicos de bolsillo esperados (deducible o desembolso máximo)	\$ _____
Viajes a centros de tratamiento	\$ _____
Viajes familiares	\$ _____
Cuidado de niños o adultos	\$ _____
Subtotal	\$ _____
MODIFICACIONES PARA ADAPTAR EL ESTILO DE VIDA	
Reforma del hogar	\$ _____
Modificación del automóvil	\$ _____
Otro (Costo estimado asociado con la modificación de una casa y/o vehículo.)	\$ _____
Subtotal	\$ _____
INGRESO	
Su pérdida de ingresos (debido a tiempo fuera del trabajo)	\$ _____
Pérdida de ingresos de su cónyuge o cuidador	\$ _____
Subtotal	\$ _____
SE NECESITA UN SEGURO TOTAL DE ENFERMEDADES CRÍTICAS	
Gastos de bolsillo + Modificaciones + Pérdida de ingresos =	
Necesidad total de seguro de enfermedad crítica	\$ _____



Underwritten by
United of Omaha Life Insurance Company
A Mutual of Omaha Company

La aseguradora está emitiendo el formulario traducido con carácter informativo y la versión en inglés es la que prevalece a los efectos de aplicación e interpretación. The insurer is issuing the translated form on an informational basis and the English version is controlling for the purposes of application and interpretation. El seguro de Enfermedades Críticas está respaldado por United of Omaha Life Insurance Company, 3300 Mutual of Omaha Plaza, Omaha, NE 68175, 1-800-769-7159. United of Omaha tiene licencia en todo el país, excepto en Nueva York. Formulario de póliza número G2018MP o equivalente al estado. Pueden aplicarse algunas exclusiones, limitaciones y descuentos. Para obtener una lista completa de exclusiones, limitaciones y descuentos, visite www.mutualofomaha.com/disclosure/critical-illness.

619557_0724_SP

June 2024

SEGURO VOLUNTARIO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

MUTUAL OF OMAHA

Seguro de Indemnización Hospitalaria

Cuando Alguien es Hospitalizado, los Gastos Pueden Acumularse Rápidamente



Cuando es admitido o internado en un hospital no solo puede ser estresante, sino que los gastos pueden acumularse rápidamente y pueden tomarlo desprevenido. Con una póliza de seguro de indemnización hospitalaria, puede estar mejor preparado para manejar los gastos médicos y los gastos de vida diaria.

El seguro de indemnización hospitalaria paga un monto fijo de dólares cuando usted o un dependiente asegurado son admitidos o internados en un hospital. Debido a que el seguro de indemnización hospitalaria es complementario y no un seguro médico principal, funciona además de otros seguros que pueda tener. El dinero en efectivo puede utilizarse para:

- Ayudarlo para pagar los servicios que sus otros planes de seguro pueden no cubrir
- Ayudarlo a pagar los deducibles y copagos
- Complementar sus gastos diarios
- Cubrir sus ingresos perdidos por los días libres no remunerados

¿Cuánto Seguro de Indemnización Hospitalaria es Suficiente?

El ingreso hospitalario y el confinamiento generalmente implican gastos médicos no cubiertos, como deducibles, copagos, suministros médicos, recetas y más.

Por Qué United of Omaha Life ¿Compañía de Seguros?

Obtenemos de manera constante altas calificaciones de las principales agencias de calificación independientes. La empresa posee una calificación A+ (Superior)* de A.M. Best Company. La calificación Superior es la segunda más alta de 16 calificaciones y refleja la capacidad de la organización para cumplir con las obligaciones financieras de sus asegurados.

*A partir del 24/10



Underwritten by
United of Omaha Life Insurance Company
A Mutual of Omaha Company

IMPORTANTE: Se trata de una póliza de indemnización fija, NO de un seguro médico. Esta póliza de indemnización fija puede pagarle un monto limitado en dólares en caso de enfermedad u hospitalización. Sigue siendo responsable de pagar el costo de su atención. El pago que recibe no se basa en la cuantía de su factura médica. Es posible que esta póliza tenga un límite de pago anual. Esta póliza no sustituye a un seguro médico completo. Como esta póliza no es un seguro médico, no tiene que incluir la mayoría de las protecciones federales al consumidor que se aplican a los seguros médicos.

¿Busca un seguro médico completo? Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llame al **1-800-318-2596** (TTY: 1-855-889-4325) para encontrar opciones de cobertura médica. Para saber si puede obtener un seguro médico a través de su trabajo, o del trabajo de un familiar, póngase en contacto con el empleador. **¿Preguntas sobre esta póliza?** Si tiene preguntas o quejas sobre esta póliza, póngase en contacto con el Departamento de Seguros de su estado. Encuentre su número en el sitio web de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros ([naic.org](https://www.naic.org)), en la sección "Insurance Departments" ("Departamentos de Seguros"). Si tiene esta póliza en su trabajo o en el de un familiar, póngase en contacto con el empleador.

610153_1024_SP

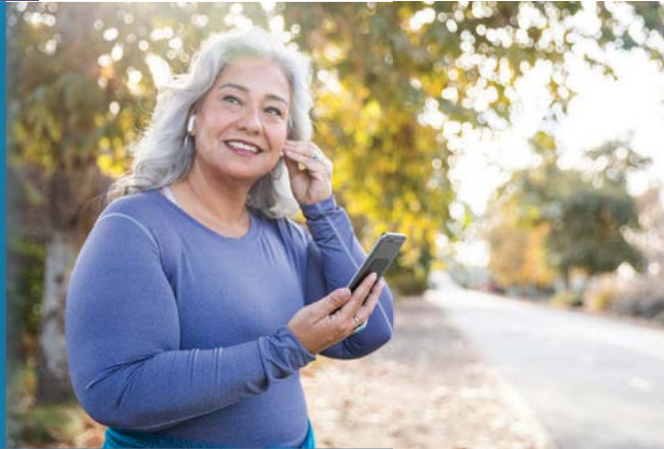
PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO – EAP

WORKLIFE MATTERS

472926

Programa de Asistencia para Empleados

Servicios disponibles Cuando más necesita ayuda



La vida no siempre es sencilla. A veces, un problema personal o profesional puede afectar su trabajo, su salud y su bienestar general. Durante estos tiempos difíciles, es importante tener alguien con quien hablar para saber que no está solo.

Con el Programa de asistencia para empleados de Mutual of Omaha, puede obtener la ayuda que necesita para pasar menos tiempo preocupándose por los desafíos en su vida y poder volver a ser el trabajador productivo con el que su empleador cuenta para hacer el trabajo.

Obtenga más información sobre los servicios del Programa de Asistencia para Empleados disponibles para usted.

We are here for you

Estamos aquí para su servicio
Visite el sitio web del Programa de Asistencia para Empleados para ver artículos y recursos oportunos sobre una variedad de temas de finanzas, bienestar, salud conductual y mental.

mutualofomaha.com/eap
o llámanos: 800-316-2796

Servicios mejorados del EAP Características

Servicios clínicos	Valor para la empresa y los empleados
Para la familia del empleado	<ul style="list-style-type: none"> Un equipo interno de profesionales de EAP con nivel de maestría que están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año para proporcionar evaluaciones individuales Excelente servicio al cliente de un equipo dedicado a la capacitación y educación continua en cuestiones de asistencia para los empleados Acceso a expertos en la materia en el campo de la prestación de servicios del EAP
Opciones de consultoría	<ul style="list-style-type: none"> Tres sesiones por año (por hogar) realizadas mediante asesoramiento presencial* o telesalud por video a través de un portal seguro que cumple con la HIPAA Red de proveedores
Exclusivos	<ul style="list-style-type: none"> Red nacional de más de 10.000 proveedores clínicos autorizados Red en continua expansión para satisfacer las necesidades de los clientes Flexibilidad para satisfacer las necesidades individuales de los clientes / miembros

*Residentes de California: El Estatuto de Knox-Keene limita a no más de tres sesiones presenciales en un período de seis meses por persona.

Continúa en el reverso.



Servicios mejorados del EAP (continuación)

Servicios mejorados del EAP Características

Servicios clínicos	Valor para la empresa y los empleados
Acceso	<ul style="list-style-type: none"> • Línea gratuita con acceso directo a un profesional de EAP de nivel de maestría • Servicios disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año • Soporte telefónico disponible en más de 120 idiomas • Formulario de envío en línea disponible para solicitudes de servicio del EAP • Los profesionales de EAP ayudarán a los miembros a desarrollar un plan e identificar recursos para satisfacer sus necesidades individuales
Servicios clínicos Servicios legales	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos valiosos (bibliotecas legales, herramientas y formularios) disponibles en el sitio web del EAP • Una sesión de consultoría puede sustituirse por una consulta legal (hasta 30 minutos) con un abogado. • 25% de descuento por servicios legales continuos por el mismo problema
Servicios clínicos Servicios Financieros	<ul style="list-style-type: none"> • Plataforma financiera inclusiva impulsada por Enrich que incluye herramientas de evaluación financiera, cursos, artículos y recursos personalizados e informes de progreso continuo para ayudar a los miembros a monitorear su salud financiera • Una sesión de consultoría puede sustituirse por una consulta financiera (hasta 30 minutos) con un abogado • 25% de descuento por servicios financieros continuos por el mismo problema
Servicios clínicos Servicios para la vida laboral/ personal	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos y derivaciones para el cuidado infantil • Recursos y derivaciones para el cuidado de personas de mayor edad
Servicios en línea	<ul style="list-style-type: none"> • Un sitio web inclusivo con recursos y enlaces para asistencia adicional, que incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Eventos y recursos actuales • Familia y relaciones • Bienestar emocional • Bienestar financiero • Abuso de sustancias y adicción • Asistencia legal • Bienestar físico • Vida laboral y carrera profesional • Biblioteca de artículos bilingües
Comunicación Con los empleados	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los materiales disponibles en inglés y español.
Elegibilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Empleados de tiempo completo y sus familiares inmediatos; incluido el empleado, cónyuge e hijos dependientes (solteros y menores de 26 años) que residen con el empleado
Coordinación con los planes de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Los profesionales de EAP coordinarán los servicios con los recursos / proveedores de tratamiento dentro de la red de seguro médico del empleado para proporcionar servicios de asesoramiento cubiertos por los beneficios del seguro de salud, cuando sea posible

Los servicios y productos de seguros son ofrecidos por Mutual of Omaha Insurance Company o una de sus filiales. La mutual de Omaha Insurance Company está autorizada en todo el país. United of Omaha Life Insurance Company está autorizada en toda la nación, excepto en Nueva York. Companion Life Insurance Company está autorizada en Nueva York. Cada compañía de suscripción es la única responsable de sus propias obligaciones contractuales y financieras. Se pueden aplicar algunas exclusiones o limitaciones. No todos los servicios están disponibles en Nueva York.

Acceso a reclamos en línea mediante el portal del empleado



Gestionar las reclamos debería ser algo sencillo. Mutual of Omaha siempre tiene en mente a sus clientes. Por este motivo, creó el Portal del Empleado para que los clientes puedan acceder fácilmente a sus reclamos.

El Portal del Empleado proporciona información en tiempo real que le permite ver reclamos actuales, acceder a formularios de reclamo, informar el tiempo de licencia médica y familiar remunerada y presentar un nuevo reclamo para múltiples productos.

Inicio

1. Vaya a mybenefits.mutualofomaha.com/my-benefits/ui/registration.
2. Regístrese para obtener una cuenta y complete la información necesaria. Haga clic en **Enviar**.
3. Se notificará a los usuarios cuando hayan completado el primer paso para crear una cuenta.
4. Se enviará un correo electrónico con los pasos finales para terminar de configurar una cuenta.

¿Ya tiene una cuenta? Visite directamente mybenefits.mutualofomaha.com/my-claims/ui/home e inicie sesión con sus credenciales.

Cómo ver los reclamos actuales

- Para acceder a los reclamos actuales, inicie sesión y haga clic en el ícono* **Reclamos**
- Vea un reclamo específico y su estado, junto con el número de reclamo por accidente, enfermedad crítica, indemnización hospitalaria, vida e invalidez.



***TENGA EN CUENTA:** El ícono **Reclamos** solo se mostrará si se ha presentado un reclamo. Si no hay reclamos existentes, el ícono no aparecerá.

Envío de un formulario de reclamo en línea



Se puede enviar un formulario de reclamo en línea haciendo clic en el ícono **Enviar reclamo** en la página de inicio del Portal del Empleado.

- En la página de formularios, seleccione **Soy un Miembro del Plan (Empleado)** y elija el estado correspondiente
- Seleccione el formulario que necesite, luego seleccione **Complete form online (Completar el formulario en línea)**



Los formularios se pueden enviar por email, fax o correo haciendo clic en el ícono **Formularios de reclamos** y descargando el formulario.



***TENGA EN CUENTA:** Microsoft Edge, Google Chrome y/o Firefox son los navegadores de Internet preferidos para acceder al portal.

Estamos aquí para usted

Si tiene preguntas sobre un reclamo, comuníquese con nuestro número gratuito exclusivo: **800-877-5176**

Lunes a jueves, de 7:00 a.m. – 5:30 p.m. CST
Viernes, de 7:00 a.m. – 5:00 p.m. CST



Los productos y servicios de seguro son ofrecidos por Mutual of Omaha Insurance Company o una de sus afiliadas. Los productos no están disponibles en todos los estados. Cada compañía es la única responsable de sus propias obligaciones contractuales y financieras.

627909_SP_0225



Rightway makes healthcare easier.

Rightway helps you save time and money while ensuring you get the most out of your healthcare benefits. Our expert support and easy-to-use app are available at no cost to you.

Healthcare help so good, it actually saves you time.

Healthcare often comes with questions, paperwork, and to-do lists. With Rightway, you have a team of experts who understand the system and can help you find the right care quickly.

Our health guides are here to help:



Provide personalized recommendations for doctors and specialists.



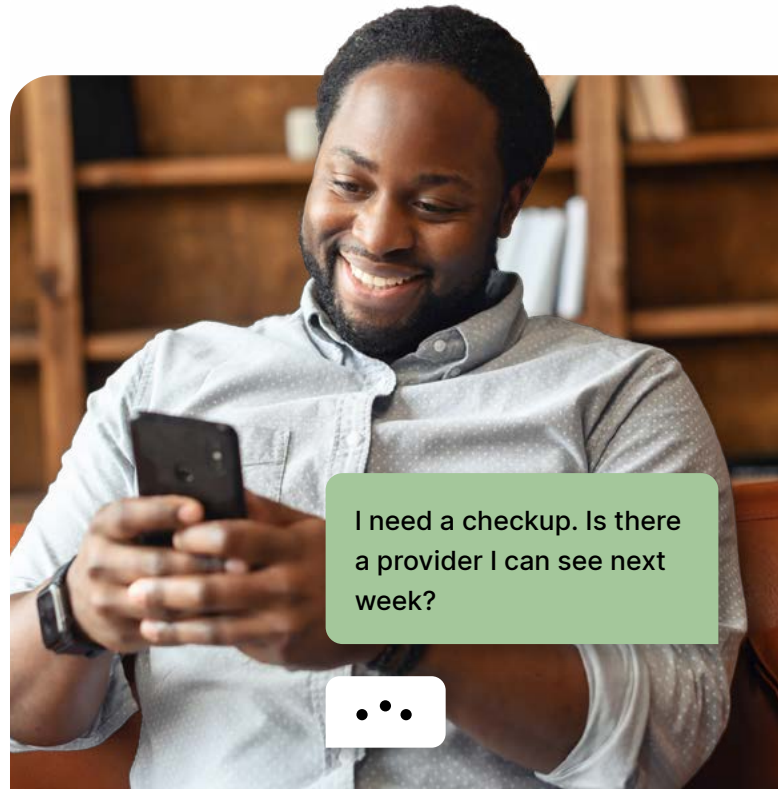
Confirm appointment availability and in-network status, so you can schedule confidently.



Explain your insurance coverage, including copays and deductibles.



Find ways for you to maximize your health benefits.



GET ONE-ON-ONE SUPPORT ON YOUR SCHEDULE

Whenever you have a healthcare question, reach out to Rightway. You'll always speak with a real person and get free, confidential support tailored to your needs.

GET STARTED

Download the Rightway app or visit joinrightway.com.



Prefer to speak on the phone?

Call **833-307-9425**.

Phone support is available:

Mon – Fri: 8:00 AM – 11:00 PM ET

Sat – Sun: 9:00 AM – 5:00 PM ET.



Cancer CARE for LifeSM
an INTERLINK® Health Company

What is Cancer CARE for Life?

Cancer CARE for Life is a free program that comes with your health plan.

If you are ever diagnosed with cancer, the program is here to guide you through every step of your journey. You'll have expert support, a nurse to help you navigate care, and access to top treatment centers. Our goal is to make sure you get the best care possible when you need it most.

Day One Help

Cancer treatment can feel stressful and overwhelming. We are here to support you every step of the way. Our care team helps you stay informed, organized, and confident. Our oncology nurses coordinate your care, manage symptoms, and makes sure nothing is missed.

Sign up on-line or by phone at 877-640-9610.

What We Offer

- Dedicated Oncology Nurse Experts
- Ongoing Care Coordination
- Symptom and Side Effect Support
- Understanding Your Treatment Plan
- Support for Family and Caregivers

Expert Medical Team

During your first call, our staff will gather your medical and insurance information. You will then be connected with your personal Oncology Nurse Expert. The nurse will listen to your concerns and answer questions about your diagnosis and treatment options. The entire Cancer CARE for Life team will be with you every step of your journey.

+1 877 640 9610

cancermanagement@cancercareprogram.com

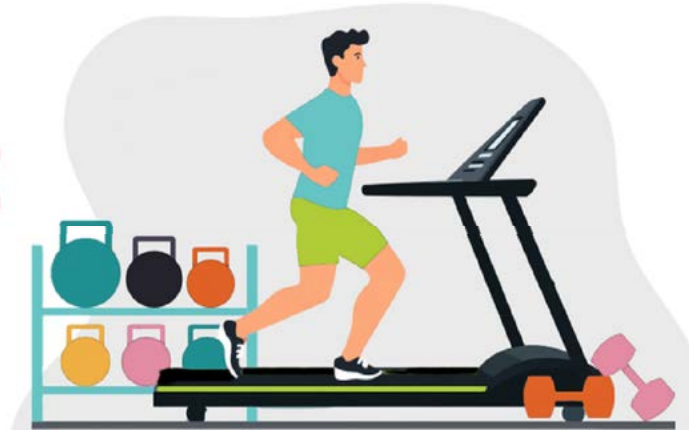
cancercareprogram.com



HUSK MARKETPLACE

Best-in-Class Benefits for

Employees



Explore the employer-sponsored wellness perks you have available through Pareto Health!



Gym & Fitness Center Discounts

Access exclusive savings and flexible membership options at a variety of facilities. From national chains to specialty studios, there is something for every workout.



HUSK Nutrition

Meet with a Registered Dietitian who will implement a complete 1-on-1 nutrition program specifically designed to support your healthy living goals. Insurance-funded & virtual.



Access to Home Gym & Tech Equipment

Explore exclusive deals from Fitbit, Garmin, NordicTrack, and more!



On-Demand Fitness Subscriptions

Take advantage of all the benefits of group exercise classes from the comfort of your own home via HUSK's streaming membership options.



HUSK Mental Health

HUSK Mental Health connects you with licensed therapists for private telehealth sessions. Therapists offer guidance and support using evidence-based practices.

Click the link below to register!

<http://marketplace.huskwellness.com/paretohealth>

Use code

to register

Click *Activate Benefit* to register for the program and unlock your special discounts and exclusive offers.

Questions? Email customerservices@huskwellness.com or call **800-294-1500**



HUSK Marketplace FAQs

Am I eligible to participate in HUSK's wellness programs?

- Yes, you are eligible to participate in HUSK Marketplace through Pareto Health. You will need a unique eligibility code assigned to your employer group by Pareto Health to register. If you don't know your code, you can contact info@huskwellness.com for assistance (make sure to include your employer's name so we can find your code).

Did I miss the deadline to enroll in HUSK?

- No, you can enroll in the HUSK wellness program at any time.

If I enroll in a gym membership through HUSK, can I terminate at any time?

- This will depend on your selected contract term. All month-to-month memberships purchased through HUSK require a 30-day notice to cancel. To cancel, please email customerservices@huskwellness.com.

What does the HUSK marketplace offer?

- With the HUSK marketplace, employees have access to the following:
 - Discounts for 1,000+ fitness centers nationwide.
 - Virtual subscriptions across 5 wellness categories at HUSK-exclusive pricing.
 - Discounts for wearable technology, fitness gear, supplements and more!

What products are offered through the marketplace?

- The Marketplace offers a variety of products, including wellness supplements, health foods, eco-friendly home goods, and sustainable lifestyle products.

I went to the site, but cannot register... what do I do?

- If you visited HUSK Marketplace but received an error message, you likely visited the wrong URL and/or forgot to include `"/paretohealth"`. Click or copy and paste the entire URL to visit the site: marketplace.huskwellness.com/paretohealth

How do I find out what gyms in my area are discounted?

- Employees can visit the "Find a Gym" tile on HUSK's [website](#) to search via zip code and find discounts on local gym memberships. If you would like to request a gym be added, please reach out to info@huskwellness.com.

Where can I learn more about HUSK

- You can view a video overview of HUSK Marketplace [here](#). The best way to learn more about what HUSK offers is by registering and exploring the HUSK Marketplace. [Register here!](#)

Questions? Contact: info@huskwellness.com

TÉRMINOS A CONOCER



ESCANEE O HAGA CLIC EN EL CÓDIGO QR PARA VER UN VIDEO BREVE SOBRE LOS TÉRMINOS QUE LE GUSTARÍA CONOCER

ACREDITABLE: Es la cobertura para medicamentos recetados ofrecida por el plan del empleador que paga en promedio la misma cantidad que paga Medicare.

AD&D: Muerte Accidental y Desmembramiento.

ATENCIÓN PREVENTIVA: La atención prestada por un médico para promover la salud y evitar problemas de salud futuros para un afiliado que no presenta ningún síntoma. Los ejemplos son evaluaciones físicas de rutina y vacunaciones.

COMPAÑÍA ASEGURADORA: La compañía de seguros.

COPAGO: Un copago es una contribución cubierta definida en la póliza y pagada por una persona asegurada cada vez que se accede a un servicio médico. Se debe pagar antes de que cualquier beneficio de la póliza sea pagadero por una compañía de seguros.

COSEGURO: Un pago realizado por la persona cubierta además del pago realizado por el plan de salud sobre los cargos cubiertos, los cuales se comparten de forma porcentual. Por ejemplo, el plan de salud puede pagar el 80% del cargo permitido, mientras que la persona cubierta será responsable del 20% restante. El 20% del monto se denomina en adelante como el monto de coseguro.

DEDUCIBLE INCLUIDO: Un deducible incluido es un sistema que combina los deducibles individuales y familiares en una póliza de seguro de salud familiar. Cuando un plan de salud ha incluido deducibles, esto solo significa que un miembro de la familia no tiene que cumplir con el deducible familiar completo para que se apliquen los beneficios después del deducible, solo se necesita que cada persona cumpla el deducible individual para cumplir con los beneficios después del deducible.

DEDUCIBLE NO INCLUIDO: Un deducible no incluido también se denomina deducible agregado. Conforme con un deducible agregado, el deducible familiar total debe pagarse de su propio bolsillo antes de que el plan comience a pagar el coseguro correspondiente para los servicios de atención médica incurridos por cualquier miembro de la familia.

DEDUCIBLE: Un deducible es el monto que usted debe pagar cada año antes de que su compañía aseguradora empiece a pagar por los servicios. Si usted cuenta con un plan PPO, generalmente hay un deducible mayor por separado por utilizar proveedores fuera de la red.

DENTRO DE LA RED: Se refiere al uso de proveedores que participan en la red de proveedores del plan de salud. Muchos planes de beneficio alientan a los afiliados a utilizar proveedores que participen dentro de la red para reducir los gastos de bolsillo.

ESPECIALISTA: Un médico participante que proporciona una atención que no es de rutina, como un dermatólogo u ortopedista.

EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD (EOI): Esta es la información médica que usted debe proporcionar, la cual requiere la revisión y la aprobación de la compañía de seguros ANTES de que la cobertura se haga efectiva. Esta puede incluir historias clínicas y un examen físico.

EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS (EOB): EOB significa la Explicación de Beneficios. Este es un documento producido por su compañía de seguros médicos que explica su respuesta y acción (ya sea el pago, la denegación del pago o el pago pendiente) frente a una solicitud de reembolso médico procesada en su nombre.

FUERA DE LA RED: El uso de proveedores de atención médica que no han sido contratados por el plan de salud para proporcionar servicios. Los afiliados de HMO generalmente no cubren los servicios fuera de la red excepto en situaciones de emergencia. Los afiliados inscritos en las Organizaciones de Proveedor Preferido (PPO) y la cobertura de Punto de Servicio (POS) pueden buscar proveedores fuera de la red, pero pagarán gastos de su bolsillo más altos.

GASTOS MÁXIMOS DE BOLSILLO: El monto total que una persona cubierta debe pagar antes de que se paguen sus beneficios al 100%. Los deducibles, copagos, y coseguros que se pueden aplicar sobre los gastos máximos de bolsillo, dependiendo del plan.

HMO: Organización para el mantenimiento de la salud, este tipo de plan médico es exclusivo de la Red. Un participante debe recibir servicios de los proveedores dentro de la red excepto en un caso de emergencia médica.

INSCRIPCIÓN ANUAL: Período de tiempo designado durante el cual un empleado se puede inscribir en una cobertura de salud grupal. Así mismo, un período de tiempo designado durante el año en el que las personas sin cobertura grupal pueden inscribirse en una cobertura médica sin la necesidad de una suscripción médica.

MAC: Cargo máximo permitido.

MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO: Un medicamento que se preve tomar de manera regular por varios meses para tratar una condición crónica como diabetes, alta presión arterial y asma, esto también incluye el control de la natalidad.

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP): Un médico seleccionado por el afiliado, formando parte de la red del plan, que proporciona atención de rutina y coordina otra atención especializada. El PCP debe seleccionarse de la red que corresponde al plan en el que usted es un afiliado. El médico que usted elige como su PCP debe ser un médico de cabecera o médico general, internista, ginecólogo o pediatra.

PERÍODO DE AUSENCIA: Este es el período de tiempo entre la lesión o enfermedad y la recepción de los pagos del beneficio.

PPO: Beneficios pagados para doctores tanto dentro como fuera de la red. El afiliado realiza una elección con conocimiento de que los mejores beneficios están disponibles con los proveedores dentro de la red. Los planes ofrecen copagos para visitas al consultorio, deducibles a una variedad de niveles y luego un coseguro hasta un máximo de gastos de bolsillo. Generalmente incluyen copagos para medicamentos recetados.

PROVEEDOR PARTICIPANTE: Médicos independientes, hospitales y proveedores de atención médica profesional que tienen un contrato para proporcionar servicios a sus afiliados a una tarifa de descuento y se les paga directamente por los servicios cubiertos.

RECETAS PEDIDAS POR CORREO: Se utiliza para medicamentos de mantenimiento. Los afiliados pueden ordenar y volver a surtir las recetas mediante correo postal, internet, fax o teléfono. Una vez surtida, las recetas se envían por correo directamente a la casa del afiliado.

REFERENCIA: Una recomendación escrita por un médico estableciendo que un afiliado puede recibir atención de un médico especialista o centro de salud.

SOLICITUD DE REEMBOLSO: La solicitud para el pago por los beneficios recibidos de acuerdo con una póliza de seguros.

UCR: Usual, habitual y razonable.

AVISOS OBLIGATORIOS

AVISO IMPORTANTE SOBRE ESTA GUÍA Y AVISOS LEGISLATIVOS INCLUIDOS

Las responsabilidades del patrocinador del plan incluyen confirmar que el plan de salud cumpla con ERISA, ACA y otras regulaciones estatales y federales. Se exponen diversos avisos federales a continuación. Incluso si los empleadores utilizan proveedores de servicio externos para gestionar el plan, existen aún ciertas funciones que pueden hacer del empleador responsable un fiduciario. Se recomienda que los patrocinadores del plan mantengan documentos globales de registro hasta por siete años.

Insurance Office of America no tiene la intención de que usted utilice esta guía como sustitución del asesoramiento jurídico. Si usted tiene alguna pregunta o inquietud, debe comunicarse con su asesor legal para obtener mayor orientación en todos los asuntos sobre el cumplimiento. Es importante destacar que, dado que esta información es un breve resumen, se le pide consultar las regulaciones federales aplicables para obtener información más específica y detallada. Así mismo, tenga en cuenta que los estados pueden tener leyes, restricciones y beneficios adicionales que protegen más a las personas. Usted siempre debe consultar las leyes estatales sobre el seguro y los beneficios para recibir una mayor orientación.

Aviso Importante:

Aviso de Cobertura Acreditable de la Parte D de Medicare

Lea este aviso cuidadosamente y manténgalo donde pueda encontrarlo. Este aviso tiene información sobre su cobertura actual para medicamentos recetados con **Diversified Logistics Management, Inc** y sobre sus opciones conforme a la cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no unirse al plan de medicamentos de Medicare. Si usted está considerando unirse, usted debe comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y a qué precio, con la cobertura y costos de los planes que ofrecen cobertura para medicamentos recetados de Medicare en su área. La información sobre dónde puede usted obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura para medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso. Existen dos aspectos importantes que usted necesita saber sobre su cobertura actual y la cobertura para medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura para medicamentos recetados de Medicare se hizo disponible en el año 2006 para todas las personas que cuentan con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si usted se une al Plan de Medicamentos Recetados de Medicare o a un Plan de Ventajas de Medicare (como HMO o PPO) que ofrecen cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan por lo menos un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Así mismo, algunos planes pueden ofrecer más cobertura para una prima mensual más elevada.
2. **Diversified Logistics Management, Inc** ha determinado que se espera que la cobertura para medicamentos recetados ofrecida por **Base 6500, Mid 2000 y Buy Up 250**, en promedio para todos los participantes del plan, pague la misma cantidad que paga la cobertura para medicamentos recetados de Medicare estándar y por lo tanto se considera Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura existente es una Cobertura Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más elevada (una sanción con cobro) si usted decide más tarde unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo se puede unir a un Plan de Medicamentos de Medicare?

Usted puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando primero sea elegible para Medicare y cada año desde el 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si usted pierde su cobertura actual acreditable para medicamentos recetados, sin que sea culpa suya. Usted también será elegible para un Período

de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

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

Si usted decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura de plan grupal como un empleado o dependiente o cónyuge de un empleado activo no se verá afectado. Hay coordinación de beneficios y Medicare será su cobertura principal y el plan de grupo se convertirá en su cobertura secundaria.

No obstante, si usted renuncia a la cobertura actual conforme al plan grupal y se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, usted no podrá volver a inscribirse para la cobertura para medicamentos recetados ni para la cobertura médica hasta el siguiente período de inscripción anual o tras un evento calificado de vida para el que se permite la inscripción, si es con anterioridad (esto aplica solo si usted es elegible para la cobertura al momento de que su nueva inscripción se haga efectiva). Así mismo, su cobertura actual paga por los gastos médicos, además de los medicamentos recetados y si usted elige renunciar a su cobertura para medicamentos recetados, usted también debe renunciar a su cobertura médica.

Si usted (o un dependiente/cónyuge) está cubierto conforme al plan grupal a través de COBRA y luego está cubierto por Medicare, la cobertura para medicamentos recetados y la cobertura médica conforme al plan grupal serán canceladas, si la ley lo permite. Una vez que usted deje de estar cubierto por COBRA, puede que usted no reestablezca su cobertura COBRA conforme al plan grupal.

Por consiguiente, antes de decidir si se une a un plan de medicamentos de Medicare, usted debe comparar cuidadosamente su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos con la cobertura y costos de los planes de medicamentos de Medicare en su área. Sírvase consultar la descripción del plan resumido del plan grupal para información sobre la cobertura, cómo el plan grupal coordina con Medicare y cuándo termina la cobertura conforme al plan grupal.

¿Cuándo pagará una prima más elevada (sanción con cobro) para unirse a un Plan de Medicamentos de Medicare?

Usted también debe saber que si usted renuncia o pierde su cobertura actual conforme al plan grupal y no se une a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos luego de que termine su cobertura actual, usted puede pagar una prima más elevada (una

Aviso Importante:

Aviso de Cobertura Acreditable de la Parte D de Medicare

sanción con cobro) para unirse más adelante a un plan de medicamentos de Medicare.

Si usted lleva 63 días continuos o más sin una cobertura acreditable para medicamentos recetados, su prima mensual puede incrementarse en por lo menos el 1% de la prima base del beneficiario de Medicare por mes por cada mes que usted no contó con esa cobertura. Por ejemplo, si usted estuvo diecinueve meses sin una cobertura acreditable, su prima puede ser sistemáticamente por lo menos 19% más elevada que la prima base del beneficiario de Medicare. Puede que usted tenga que pagar esta prima más elevada (una sanción con cobro) siempre que usted tenga la cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Además, usted puede tener que esperar hasta el siguiente octubre para unirse.

Para recibir mayor información sobre este aviso o su cobertura actual para medicamentos recetados:

Comuníquese con su Administrador de Beneficios para Empleados de Recursos Humanos para recibir mayor información. NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. Usted también lo obtendrá antes del siguiente período en el que usted puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare y si la cobertura del plan grupal cambia. Así mismo, usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para recibir mayor información sobre sus opciones conforme a la cobertura para medicamentos recetados de Medicare:

La información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrece la cobertura para medicamentos recetados se encuentra en el manual de "Medicare y Usted". Cada año usted podrá obtener una copia del manual en el correo de Medicare. Usted también puede ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

Para recibir mayor información sobre la cobertura para medicamentos recetados de Medicare:

- Visite la sitio web www.medicare.gov
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia Sobre Seguros de Salud (vea la contraportada de su copia del manual de "Medicare y Usted" para ver su número de teléfono) para buscar ayuda personalizada.

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al número 1-877-486-2048.

Si usted cuenta con ingresos y recursos limitados, se dispone de ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Para más

información sobre esta ayuda adicional, visite la sitio web de la oficina de Seguro Social en www.socialsecurity.gov o llámelos al número 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Comuníquese con Recursos Humanos para obtener más información:

Diversified Logistics Management, Inc

Allen Barcus

1849 S 14th St, Ste. 2 Fernandina Beach, FL 32034

abaracus@div-log.com

904-491-6800

Si tiene preguntas sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Grace Agency está aquí para ayudar.



Educarle sobre las opciones de seguro y los recursos de Medicare para cumplir con sus metas de salud y bienestar.



EL NUESTRO ES UN ENFOQUE MÁS AMABLE Y GENTIL DEL MUNDO DE SEGURO DE MEDICARE



800-791-4840 | info@graceagency.org

Avisos Obligatorios

Aviso de Derechos Especiales de Inscripción de la HIPAA

Si usted está declinando la inscripción para usted o sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, usted puede inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su cobertura o a sus dependientes). No obstante, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después de que su o sus dependientes la otra cobertura termine.

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, puede inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. No obstante, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura bajo Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para niños (CHIP) o llegan a ser elegibles para un subsidio de asistencia premium bajo Medicaid o CHIP, usted puede inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. Usted debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días siguientes a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP o a la determinación de elegibilidad para un subsidio de asistencia premium.

Para solicitar una inscripción especial u obtener mayor información, sírvase contactar a Recursos Humanos.

Derechos de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA)

La Ley de Portabilidad y responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 ("HIPAA") requiere que mantengamos la privacidad de la información protegida de salud, demos aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud sobre usted y sigamos los términos de nuestro aviso actualmente en vigor.

Si no se adjunta a este documento, usted puede solicitar una copia de las prácticas de privacidad actuales, explicando cómo la información médica sobre usted puede ser utilizada y divulgada y cómo usted puede obtener acceso a esta información.

Según lo requiera la ley, divulgaremos información de salud cuando así lo requiera la ley internacional, federal, estatal o local.

Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar, derecho a una copia electrónica de los registros médicos electrónicos, derecho a recibir notificación de una infracción, derecho a enmendar, derecho a una contabilidad de divulgaciones, derecho a solicitar restricciones, derecho a solicitar comunicaciones confidenciales, derecho a una copia en papel de este aviso y el derecho a presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido violados.

Derechos de la cobertura de continuación conforme a la ley COBRA

INTRODUCCIÓN

Le enviamos este aviso porque recientemente obtuvo la cobertura de un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante acerca de su derecho a recibir la cobertura de continuación de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, el momento en el que usted y su familia pueden recibirla, y lo que usted puede hacer para proteger su derecho a obtenerla. Al ser elegible para la cobertura de COBRA, también puede ser elegible para otras opciones que pueden costarle menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a recibir la cobertura de continuación de COBRA se originó gracias a una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés) de 1985. Usted y otros familiares suyos pueden disponer de la cobertura de continuación de COBRA cuando se termine la cobertura de salud grupal. Para obtener más información acerca de sus derechos y obligaciones conforme al Plan y a la ley federal, debe revisar el resumen de la descripción del Plan o comunicarse con el administrador del Plan.

Al perder la cobertura de salud grupal, puede haber otras opciones disponibles. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del mercado de seguros médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del mercado de seguros médicos, puede cumplir con los requisitos para tener menores costos en las primas mensuales y gastos propios más bajos. Así mismo, puede tener derecho a un período de inscripción especial de 30 días en otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como un plan del cónyuge), aunque ese plan generalmente no acepte afiliados de último momento.

¿QUÉ ES LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación de la cobertura del Plan cuando esta debería terminar debido a un evento determinado de la vida. Este acontecimiento también se conoce como "evento específico". Los eventos específicos se incluyen más abajo en este aviso. Después de un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA debe ofrecerse a cada persona considerada un "beneficiario que cumple con los requisitos". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios que cumplan con los requisitos si la cobertura del Plan se pierde debido al evento específico. Según el Plan, los beneficiarios que cumplan con los requisitos y que elijan la cobertura de continuación de COBRA deben pagar la cobertura de continuación de COBRA.

Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- sus horas de empleo se reducen o
- su empleo termina por un motivo que no sea una falta grave de su parte.

Avisos Obligatorios

Si usted es el cónyuge del empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- su cónyuge muere,
- las horas de empleo de su cónyuge se reducen,
- el empleo de su cónyuge termina por un motivo que no sea una falta grave por parte de su cónyuge,
- su cónyuge adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas) o
- se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios que cumplen con los requisitos si pierden la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- el empleado cubierto muere,
- las horas de empleo del empleado cubierto se reducen,
- el empleo del empleado cubierto termina por un motivo que no sea una falta grave por parte del empleado cubierto,
- el empleado cubierto adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas),
- los padres se divorcian o se separan legalmente o el hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como "hijo dependiente".

¿CUÁNDO ESTÁ DISPONIBLE LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE COBRA?

El Plan ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que se haya notificado al Administrador del Plan que se ha producido un evento calificador. El empleador debe notificar al Administrador del Plan de los siguientes eventos calificativos:

- El fin del empleo o la reducción de las horas de trabajo;
- Muerte del empleado;
- El empleado adquiere derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos que califican (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores a que ocurra el evento que califica. Debe proporcionar este aviso a: Recursos Humanos.

¿CÓMO SE PROPORCIONA LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

Después de que el administrador del Plan recibe el aviso de que se ha producido un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA se ofrecerá a cada uno de los beneficiarios que cumplan con los requisitos. Cada beneficiario que cumpla con los requisitos tendrá su propio derecho a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de su cónyuge y los padres pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación temporal de la cobertura debido a la terminación del empleo o a la reducción de las horas de trabajo, y en general dura 18 meses. Determinados eventos específicos, o un segundo evento específico durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que el beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay otros motivos por los cuales este período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA puede prolongarse:

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

Si el Seguro Social determina que usted o alguien de su familia que esté cubierto por el Plan tiene una discapacidad y usted le avisa al respecto al administrador del Plan en el plazo correspondiente, usted y toda su familia pueden recibir una extensión adicional de hasta 11 meses de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento antes de los 60 días de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA.

Extensión por un segundo evento específico del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA

Si su familia sufre otro evento específico durante los 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA, su cónyuge y sus hijos dependientes pueden recibir hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se le avisa al Plan como corresponde acerca del segundo evento específico. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la cobertura de continuación de COBRA en el caso de que el empleado o ex empleado muera, adquiera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), se divorcie o se separe legalmente o si el hijo dependiente deja de ser elegible en el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible en el caso de que el segundo evento específico hubiese hecho que el cónyuge o el hijo dependiente pierda la cobertura del Plan si no se hubiese producido el primer evento específico.

¿HAY OTRAS OPCIONES DE COBERTURA ADEMÁS DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del mercado de seguros médicos, Medicaid u otras opciones de un plan de salud grupal (por ejemplo, el plan de su cónyuge) mediante lo que se denomina un "período de inscripción especial". Es posible que algunas de estas opciones cuesten menos que la cobertura de continuación de COBRA. Puede encontrar más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare, en caso de ser elegible, después de que finalice la cobertura de mi plan de salud colectivo?

En general, después del período de inscripción inicial, hay un período de inscripción especial de 8 meses [1] para inscribirse en Medicare Parte A o B, que comienza cuando ocurre lo primero de lo siguiente:

- El mes posterior a la finalización del empleo.
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de salud colectivo basada en el empleo actual.

Si elige la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) y desea inscribirse en Medicare Parte B después de que finalice su cobertura de continuación, es posible que tenga que pagar una penalidad por inscripción tardía. Si se inscribe inicialmente en Medicare Parte A o B después de elegir la cobertura de continuación COBRA, el plan puede terminar su cobertura de continuación (sin embargo, si Medicare Parte A o B

Avisos Obligatorios

entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes de esta fecha, la cobertura de COBRA no se puede discontinuar debido al derecho a Medicare, incluso si la persona se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura de COBRA).

Si está inscrito tanto en COBRA como en Medicare, Medicare será generalmente el pagador principal. Es posible que algunos planes "disminuyan" el monto que Medicare pagaría en caso de ser el pagador principal, incluso si usted no está inscrito.

Para obtener más información, visite:
www.medicare.gov/medicare-and-you

SI TIENE PREGUNTAS

Las preguntas acerca de su Plan o de sus derechos a recibir la cobertura de continuación de COBRA deben enviarse al contacto o los contactos identificados abajo. Para obtener más información sobre sus derechos según la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), incluida la ley COBRA, la Ley de Atención Médica (de bajo costo) y la Protección al Paciente, y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la oficina regional o de distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos en su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información acerca del mercado de seguros médicos, visite www.HealthCare.gov.

INFORME A SU PLAN SI CAMBIA DE DIRECCIÓN

Para proteger los derechos de su familia, informe al administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de sus familiares. También debe conservar una copia, para su registro, de todos los avisos que le envíe al administrador del Plan.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PLAN

Plan y Continuación de Cobertura de COBRA se pueden obtener una petición a:

Comuníquese con Recursos Humanos para obtener más información:

Diversified Logistics Management, Inc

Allen Barcus

1849 S 14th St, Ste. 2 Fernandina Beach, FL 32034

abarcus@div-log.com

904-491-6800

Opciones de cobertura del mercado de Seguro de Salud (Health Insurance Marketplace) y su cobertura de Salud

A partir del 2014, existe una nueva manera de adquirir seguros médicos: el Mercado de seguros médicos. Para ayudarlo mientras evalúa opciones para usted y su familia, esta notificación le brinda información básica acerca del nuevo Mercado.

¿Qué es el mercado de seguros médicos?

El mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El mercado ofrece opciones de compra en un solo sitio, para buscar y comparar opciones de seguros médicos

privados. También es posible que sea elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que reduce su prima mensual de inmediato.

Cada año, la inscripción abierta para la cobertura del seguro médico a través del Mercado se extiende desde el 1 de noviembre hasta el 15 de diciembre del año previo. Cuando la inscripción abierta termina, se puede recibir cobertura a través del Mercado sólo si califica para un período de inscripción especial o si está aplicando para Medicaid o el Programa de Seguro de Salud Infantil (Children's Health Insurance Program, CHIP).

¿Puedo ahorrar dinero en las primas del seguro médico que ofrece el mercado?

Es posible que tenga la oportunidad de ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura médica u ofrece una cobertura médica que no cumple con determinadas normas. Los ahorros en la prima por la cual puede ser elegible dependen de los ingresos de su familia.

¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en la prima a través del mercado?

Sí. Si su empleador brinda cobertura médica que cumple con determinadas normas, no será elegible para un crédito tributario a través del mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, es posible que sea elegible para un crédito tributario que reduce la prima mensual o para una reducción en la cuota de los costos si su empleador no brinda cobertura o no brinda cobertura que cumple con determinadas normas. Si el costo de un plan de su empleador que brindaría cobertura para usted (y ningún otro miembro de su familia) es más del 9.5 % de sus ingresos familiares para el año, o si la cobertura que proporciona su empleador no cumple con el estándar de "valor mínimo" que establece la Ley de Cuidados Asequibles, posiblemente, usted sea elegible para un crédito fiscal. (Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte de los costos de los beneficios totales permitidos del plan cubiertos por el plan no es menor al 60 por ciento de dichos costos).

Aviso: Si adquiere un plan de salud a través del mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que brinda su empleador, es posible que pierda las contribuciones (si las hay) que el empleador da para la cobertura médica que brinda. Además, las contribuciones del empleador (así como sus las contribuciones como empleado para la cobertura médica que brinda el empleador) a menudo se excluyen del ingreso sujeto a impuesto federal y estatal. Los pagos para la cobertura médica a través del mercado se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que brinda el empleador, consulte el resumen de la descripción del Plan o comuníquese con Recursos Humanos.

El mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del mercado y sus costos. Visite CuidadoDeSalud.gov para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguros médicos e información de contacto para un mercado de seguros médicos en su área.

Avisos Obligatorios

Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998

Si usted está inscrito en un plan de salud que cubre los costos quirúrgicos y médicos de una mastectomía, la WHCRA establece que su plan también debe cubrir los costos de ciertas cirugías reconstructivas y otros beneficios posteriores a la mastectomía.

Si usted ha tenido o va a tener una mastectomía, usted puede tener derecho a ciertos beneficios conforme a la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados a la mastectomía, se proporcionará la cobertura de una manera determinada en colaboración con el médico responsable y el paciente, para:

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

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados conforme a este plan. Por lo tanto, los deducibles y los coseguros del plan en el que se inscribió se aplicarán.

Si le gustaría recibir más información sobre los beneficios de WHCRA, comuníquese con su administrador del plan o Recursos Humanos.

Declaración de los Derechos conforme a la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Mamás

La Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Mamás (NMHPA) le brinda protección a las mamás y a sus hijos recién nacidos con respecto a la duración de la estancia hospitalaria luego del parto. El NMHPA establece límites sobre los beneficios que se proporcionan para las estancias hospitalarias luego del parto. Sin embargo, nada en la ley o regulaciones requiere que una madre dando a luz en un hospital o que la estancia hospitalaria sea por un período de tiempo específico luego del parto. Además, es posible que no se requiera que los planes de salud grupales brinden beneficios para la estancia hospitalaria relacionados con el parto. Sin embargo, si el plan proporciona estos beneficios, debe cumplir con los requisitos mínimos de la NMHPA.

Los planes de salud grupal y las compañías de seguro médico generalmente no pueden, conforme con la ley federal, restringir los beneficios de cualquier duración de estancia hospitalaria en relación con el parto para la madre o el hijo recién nacido a menos de 48 horas luego de un parto vaginal o a menos de 96 horas luego de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe al proveedor que atiende a la madre o recién nacido, luego de consultarlo con la madre, darle de alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas según corresponda). De acuerdo con la ley federal, los planes y las compañías de seguro médico, en ningún caso, podrán exigirle al proveedor que obtenga autorización del plan o de la compañía de seguro médico para prescribir una duración de estancia hospitalaria que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

La NMHPA y las regulaciones finales no aplican para la cobertura de seguro médico (y los planes de salud grupal que proporcionan

beneficios solo a través de la cobertura de seguro médico) en ciertos estados que han adoptado leyes similares a la NMHPA. Comuníquese con su Administrador del Plan o Recursos Humanos para recibir detalles específicos con respecto a su cobertura.

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 la cobertura médica por su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para el pago de primas que puede ayudar a cubrir los costos, utilizando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para el pago de primas, pero es posible que pueda comprar un seguro médico individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que se enumeran a continuación, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay asistencia disponible para el pago de primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podría ser elegible para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina de su estado de Medicaid o CHIP o llame al **1-877-KIDS NOW** o visite www.insurekidsnow.gov para obtener información sobre cómo solicitarlo. Si usted califica, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por su empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para la asistencia para el pago de primas a través de Medicaid o CHIP, y también son elegibles para el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan si aún no está inscrito. Esto se denomina una oportunidad de "inscripción especial", y usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de su elegibilidad para la asistencia para el pago de primas. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.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 de su plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de enero de 2026. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

Contactos Estatales

ALABAMA – Medicaid Sitio web: http://myalhipp.com/ - Teléfono: 1-855-692-5447	KANSAS – Medicaid Sitio web: www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono HIPP: 1-800-967-4660
ALASKA – Medicaid El Programa de Pago de AK primas del seguro médico Sitio web: myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx	KENTUCKY – Medicaid Sitio web del Programa integrado de pago de primas de seguro médico de Kentucky (KI-HIPP): chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kynect.ky.gov Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms
ARKANSAS – Medicaid Sitio web: myarhipp.com Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	LOUISIANA – Medicaid Sitio web Louisiana Medicaid: www.ldh.la.gov/healthy-louisiana Línea de atención de Medicaid: 1-888-342-6207 Correo electrónico de Louisiana Medicaid: healthy@la.gov Programa Louisiana Health Insurance Premium (LaHIPP) Sitio web: www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono de LaHIPP: 1-877-697-6703 Correo electrónico de LaHIPP: La.HIPP@la.gov Fax de LaHIPP: 1-888-716-9787 Domicilio de LaHIPP: 100 Crescent Centre Parkway, Suite 1000 Tucker, GA 30084
CALIFORNIA – Medicaid Programa de pago de las primas del seguro (HIPP) Sitio web: dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov	MAINE – Medicaid Sitio web para inscripción: mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Página web para primas de seguro de salud privado: www.maine.gov/dhhs/of/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711
COLORADO – Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+) Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943 / retransmisor del estado: 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991 / retransmisor del estado: 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.mycohibi.com/ Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP Sitio web: www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Por correo electrónico: masspreassistance@accenture.com
FLORIDA – Medicaid Sitio web: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268	MINNESOTA – Medicaid Sitio web: mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672
GEORGIA – Medicaid Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: (678) 564-1162, Presiona 2	MISSOURI – Medicaid Sitio web: www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
INDIANA – Medicaid Programa de pago de primas de seguro de salud Todos los demás son Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ https://www.in.gov/fssa/df Administración de familias y servicios sociales Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584	MONTANA – Medicaid Sitio web: dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: HSHIPPPProgram@mt.gov
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki) Sitio web de Medicaid: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid Iowa Medicaid Salud y Servicios Humanos Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562	NEBRASKA – Medicaid Sitio web: www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855 632-7633 Lincoln: 402 473-7000 Omaha: 402 595-1178
	NEVADA – Medicaid Sitio web: dhcnp.nv.gov Teléfono: 1-800-992-0900
	NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid 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

Contactos Estatales

NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP
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: www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY:711)
NUEVA YORK - Medicaid
Sitio web: www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100
DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP
Sitio web: www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742
OREGON – Medicaid y CHIP
Sitio web: healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENSILVANIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web CHIP: www.pa.gov/agencies/dhs/resources/chip Teléfono CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)
RHODE ISLAND– Medicaid
Sitio web: www.eohhs.ri.gov Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct Rtte Share Line)
CAROLINA DEL SUR – Medicaid
Sitio web: www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820
DAKOTA DEL SUR – Medicaid
Sitio web: dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid
Sitio web: www.hhs.texas.gov/services/finacial/health-insurance-premium-payment-hipp-program Teléfono: 1-800-440-0493
UTAH – Medicaid y CHIP
Asociación para primas del seguro médico de Utah (UPP) Sitio web: medicaid.utah.gov/upp/ Por correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de expansión para adultos: medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web de Programa de compra de Medicaid de Utah: medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov
VERMONT– Medicaid
Sitio web: dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program Teléfono: 1-800-250-8427

VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid
Sitio web: www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022
WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: dhhwv.gov/bms/ http://mywvhpp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid y CHIP
Sitio web: www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
WYOMING – Medicaid
Sitio web: health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de enero de 2026 o para 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)

CONTACTOS



LÍNEA DE COBERTURA	COMPAÑÍA ASEGURADORA	SERVICIO AL CLIENTE
Seguro Médico	MERITAIN HEALTH AND AETNA COMPANY	800-925-2272 www.meritain.com
Telemedicina	TELADOC	800-362-2667 www.MyDrConsult.com
Búsqueda de proveedores (Docfind)	MUTUAL OF OMAHA - Mutually Preferred	800-927-9197 www.mutualofOmaha.com/dental
Seguro Dental	MUTUAL OF OMAHA - EyeMed	833-279-4358 www.mutualofomaha.com/vision
Seguro de la Vista	MUTUAL OF OMAHA	800-228-7104 www.mutualofomaha.com
Seguro Básico de Vida y de Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) Pagado por el Empleador	MUTUAL OF OMAHA	800-228-7104 www.mutualofomaha.com
Seguro de Vida Voluntario de Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D)	MUTUAL OF OMAHA	800-228-7104 www.mutualofomaha.com
Discapacidad a Corto Plazo (STD)	MUTUAL OF OMAHA	800-228-7104 www.mutualofomaha.com
Seguro Suplementario Voluntario Accidente, Enfermedad Crítica, Indemnización Hospitalaria	MUTUAL OF OMAHA	800-228-7104 www.mutualofomaha.com
Programa de asistencia al empleado (EAP)	MUTUAL OF OMAHA	800-316-2796 www.mutualofomaha.com/eap

INSURANCE OFFICE OF AMERICA

Para recibir asistencia con alguna de las preguntas sobre beneficios, asuntos sobre tarjeta de afiliación, solicitudes de reembolso, y consultas de facturación, sírvase comunicarse con uno de los miembros del equipo de servicio de IOA según la información de contacto a continuación:

NOMBRE - TÍTULO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Caitlin Hansen <i>Asesor de Cuenta Sr</i>	352-867-2874	Caitlin.hansen@ioausa.com
Cyndi Martinez <i>Ejecutiva de Cuenta</i>	904-596-2844	Cyndi.martinez@ioausa.com



DIVERSIFIED LOGISTICS MANAGEMENT, INC GUÍA DE BENEFICIOS

1 DE JULIO DE 2026 - 30 DE JUNIO DE 2027

Este documento contiene información confidencial y de propiedad exclusiva destinada únicamente a los empleados cubiertos por la póliza del empleador y a sus dependientes elegibles, y no podrá ser compartido externamente, reproducido ni utilizado sin el consentimiento previo por escrito de un representante autorizado de Insurance Office of America.