



Guía de Inscripción de Beneficios



Año del Plan 2026
Empleado Operativo

¿QUÉ HAY DENTRO?

Cómo funcionan sus beneficios • Sus planes de seguro • Inscripción de beneficios

Estimado Empleado:

Great Southern Wood Preserving, Incorporated y sus afiliados se comprometen a proporcionarles a sus empleados un programa de beneficios completo y competitivo en el mercado. Nuestro objetivo en primer lugar es mantener un programa de beneficios para empleados que les brinde atención médica de alta calidad a un precio asequible tanto para usted como para GSWP. Sus beneficios son una parte importante y valiosa de su compensación y creemos que es importante que usted vea claramente el valor de los beneficios que ofrecemos.

Sus beneficios con GSWP entrarán en vigencia el primero del mes siguiente a la fecha de contratación.

La Guía de Beneficios de GSWP ha sido diseñada para ayudarle a decidir y escoger entre los diferentes niveles de cobertura que le proporcionarán a usted y a su familia la protección que te brinda tranquilidad. Hay explicaciones para cada tipo de cobertura, sugerencias sobre cómo usar sus beneficios de manera efectiva y ejemplos para ayudarle a determinar los montos de sus beneficios y deducciones de nómina.

Independientemente de su decisión de participar en cualquiera de los planes de beneficios de GSWP, es obligatorio registrar la información de sus beneficiarios completando el formulario de inscripción para el seguro de vida, la cual es pagado por la compañía.

Gracias por su cooperación.

Recursos Humanos
334-585-2291
hris@yellawood.com

Cambio de Cobertura Durante el Año

Usted puede cambiar su cobertura durante el año solamente cuando usted tiene un cambio en su estado que califica, como:

- Matrimonio, divorcio o separación legal.
- Nacimiento, adopción o un niño colocado con usted para adopción.
- Iniciar o detener los procedimientos de adopción.
- Cambio en el estado de dependencia de su hijo
- Muerte de su cónyuge o hijo
- Cambio en el beneficio o el estado laboral de su cónyuge
- Pérdida o ganancia de cobertura

Los eventos de vida calificados deben ingresarse en UKG dentro de los 30 días posteriores al evento. La documentación de respaldo requerida debe cargarse en UKG dentro de los 60 días posteriores al evento para evitar que se elimine su cobertura (en la mayoría de las circunstancias), y sus cambios de beneficios deben ser consistentes con el evento. Si no lo hace dentro de los 60 días, va a tener que esperar hasta la próxima inscripción abierta para poder realizar cambios en el plan de beneficios.

**Aviso de la Parte D de Medicare
(página 42-43)**



Tabla de Contenido

Inscripción	2
Jubilación	3
Matriz de Elegibilidad Dependiente	7
Médico.....	8
ELAP	13
HSA	15
Cuentas de Gastos Flexibles	16
RelyMD.....	17
Bienestar	18
Dental	19
Seguro de Visión Voluntario	20
Incapacidad a Corto Plazo.....	21
Seguro de Vida Opcional	22
Beneficios Adicionales	23
Defensor de Reclamos para Miembros	37
Avisos Legales	38
Aviso de indemnización hospitalaria.....	41
Avisos de Intercambio.....	49
Información del Contacto.....	51



Si eres un Nuevo Empleado

Usted y los miembros elegibles de su familia pueden participar en el paquete de beneficios el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación.

¿Quién puede inscribirse?

Usted es elegible para participar en los planes de GSWP si eres un empleado activo a tiempo completo y trabaja regularmente 30 o más horas por semana. Ciertos dependientes de empleados elegibles pueden inscribirse en los planes de seguro de vida médico, dental, de la vista y voluntario.

Derechos Especiales de Inscripción

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes debido a que ya tenga otra cobertura de seguro de salud, es posible que en el futuro pueda inscribirse usted y sus dependientes en los planes médicos, dentales o de visión de GSWP dentro de los 30 días posteriores a la finalización de aquella otra cobertura.

Acerca de sus Deducciones de Nómina

Sus primas de planes médicos, dentales y de la vista, así como sus elecciones de cuenta de gastos flexibles, se deducirán antes de impuestos porque están cubiertas por la Sección 125 del código del Servicio de Impuestos Internos. Esto significa que una vez que elija inscribirse en cualquiera de estos planes, no podrá cancelar ni cambiar su elección hasta la próxima Inscripción Abierta de la Compañía, a menos que tenga un evento que califique. Las primas de su seguro de vida voluntario se deducirán después de impuestos. *Los empleados que se inscriban en depósito directo recibirán su primer cheque en forma de cheque en papel entregado en su ubicación. A los empleados que opten por elegir una tarjeta de pago se les entregará una en su lugar de trabajo. Comuníquese con nómina si tiene alguna pregunta.

Los empleados pueden comunicarse con el equipo de recursos humanos si tienen alguna pregunta enviando un correo electrónico a HRIS@yellawood.com o llamando al 334-585-2291.

Otros Beneficios

Vacaciones:

- La nueva contratación puede acumular tiempo de vacaciones después de que se complete el período de prueba, consulte al gerente para obtener más detalles.
- 5 días de vacaciones después de 1st año de empleo
- 10 días de vacaciones por 2 años a menos de 5 años de empleo
- 15 días de vacaciones por 5 años menos de 10 años de empleo
- 20 días de vacaciones después de 10 años o más de empleo

Nota: Las vacaciones se pueden tomar en incrementos de día completo o medio día, y las solicitudes de vacaciones se pueden enviar para su aprobación en la aplicación UKG.

Días Festivos:

Debe completar su período de prueba antes de recibir vacaciones pagadas. Hay 7 días festivos pagados: Día de Año Nuevo, Día de los Caídos, Día de la Independencia, Día del Trabajador, Día de Acción de Gracias, Viernes después del Día de Acción de Gracias y Navidad.

Ausencias por Enfermedad*:

- Acumula un día de descanso en el período de prueba durante su período de prueba.
- Debe estar fuera durante 3 días debido a una enfermedad.
- Comienza a pagar el cuarto día con un máximo de 8 días pagados

**El permiso por enfermedad puede variar dependiendo en la ley estatal.*

Licencia por duelo:

- Los empleados son elegibles para 3 días consecutivos de licencia por duelo remunerada para tomarse un tiempo libre debido al fallecimiento de un familiar directo. Consulte con el gerente para más detalles.

***Programa de Becas para Dependientes:** Great Southern Wood Preserving ahora ofrece un programa de becas para dependientes de empleados. Para obtener más información, comuníquese con Hayley Northey en el Departamento de Marketing.

Por favor, tenga en cuenta que los empleados tienen un período de prueba de 90 días desde la fecha de inicio para todas las vacaciones, pago por días festivos, licencia por enfermedad y duelo.

Nos hemos asociado con Prepare Benefits para ayudarlo con su inscripción a sus beneficios. Para programar una cita con ellos, llame al 404-369-5317.

Jubilación 401(k) (Fidelity)

Great Southern Wood ofrece un Plan 401(K) para todos los empleados elegibles a tiempo completo y parcial. A partir del 1/1/2026, los empleados nuevos y recontractados de 18 años o más serán inscritos automáticamente con un 1% y las contribuciones comenzarán el primer día del mes siguiente. Además, los empleados nuevos y recontractados a partir del 1/1/2026 recibirán un aumento automático anual del 1% hasta un máximo del 5%. Los empleados pueden optar por no participar en la inscripción automática y los aumentos automáticos contactando a Fidelity.

Puede transferir saldos de 401(K) de otros planes en cualquier momento. La empresa igualará \$1.00 por cada \$1.00 que contribuya al plan hasta el 3% de su salario y luego igualará \$0.50 por cada \$1.00 en su 4% y 5%. Los nuevos empleados serán elegibles para la igualación de la empresa después de 6 meses de empleo. Sus contribuciones están inmediatamente 100% consolidadas y son suyas para conservar. Puede contribuir con sus aplazamientos salariales antes de impuestos o después de impuestos (401(k) Roth) o ambos. La igualación de la empresa se aplicará a los aplazamientos antes de impuestos o Roth con prioridad a los aplazamientos antes de impuestos. Great Southern Wood proporciona los servicios de un asesor financiero a todos los empleados con inversiones en 401(k) sin costo para usted. Puede gestionar su cuenta en línea a través de Fidelity NetBenefits® en www.401k.com o llamando a Fidelity al 800-835-5097.

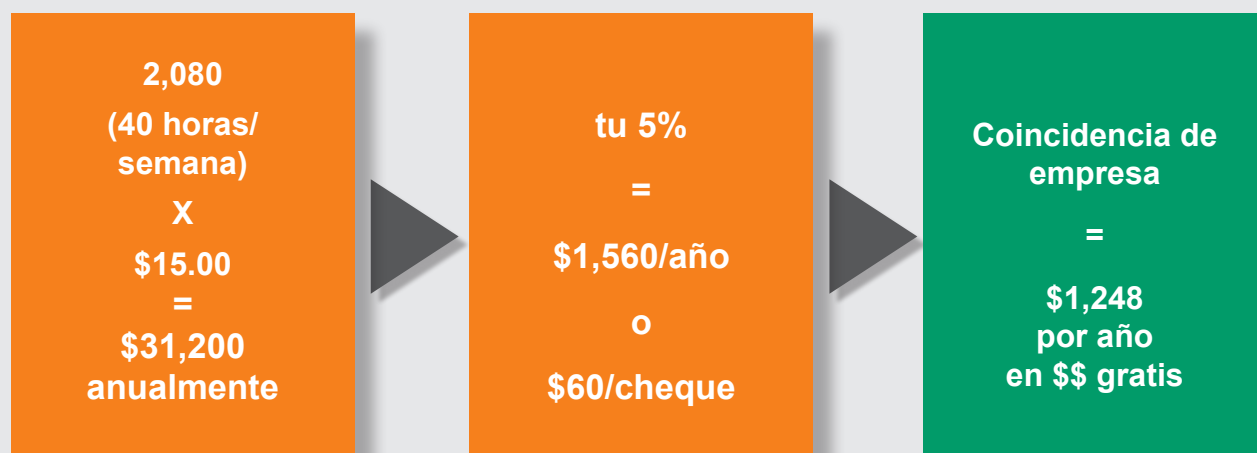
*La empresa se reserva el derecho de cambiar las pautas del Plan, así como la parte de igualación del Plan. Tenga en cuenta que se requiere que los empleados mantengan su beneficiario actualizado con Fidelity, que es independiente del beneficiario del seguro de vida de UKG. Por favor, agregue su beneficiario contactando a Fidelity o iniciando sesión en su cuenta de Fidelity.



Asesor financiero proporcionado por la empresa

Contacto Matthew Murphy
334-679-4801
matthew@marblewealth.com

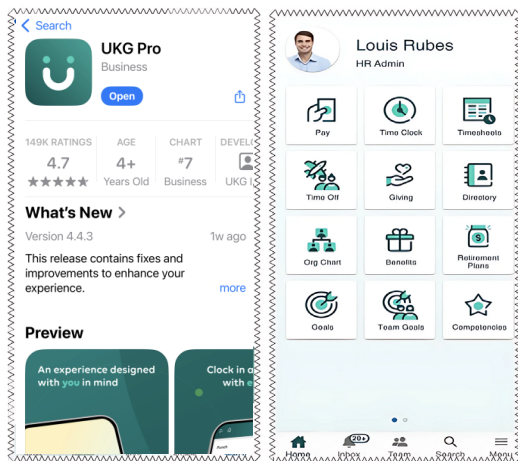
401(k) Ejemplo de contribución del 5 %



5% de contribución = \$2,808 en su fondo de Retiro 401k, ¡DOBLANDO sus ahorros!



- **COMPANY ACCESS CODE:** **yellowwood**
- **USERNAME:** **LAST NAME + FIRST INITIAL**
EXAMPLE: CINDY JONES = JONESC
- **PASSWORD:** **FULL DOB (MMDDYEAR)**
EXAMPLE: SEPTEMBER 22, 1978 = 09221978



FROM THE APPLE APP STORE OR THE GOOGLE PLAY STORE, SEARCH "UKG PRO" OR SCAN THE QR CODE BELOW.

Have a question?
Contact HR at
334.585.2291 or email
hrris@yellowwood.com

Apple App Store



Google Play Store



Información sobre la inscripción de beneficios



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



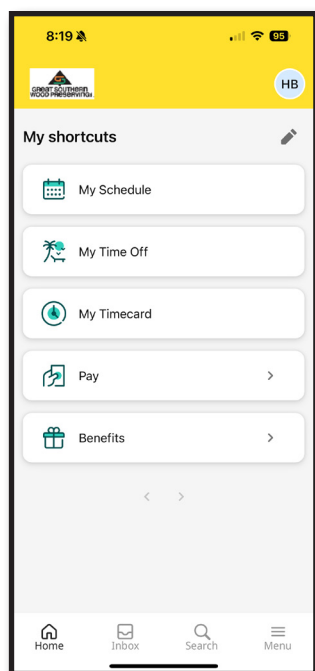
ESCANEE EL CÓDIGO QR O
USE EL ENLACE PARA
VISITAR LA PÁGINA DE
INICIO DE BENEFICIOS



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

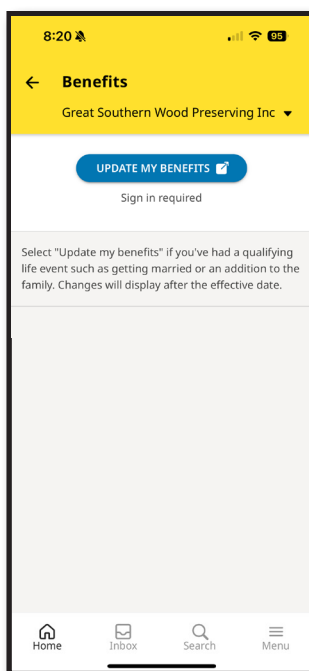
INSCRIPCIÓN EN SUS BENEFICIOS

SIGA LOS PASOS A CONTINUACIÓN PARA INSCRIBIRSE EN SUS BENEFICIOS.



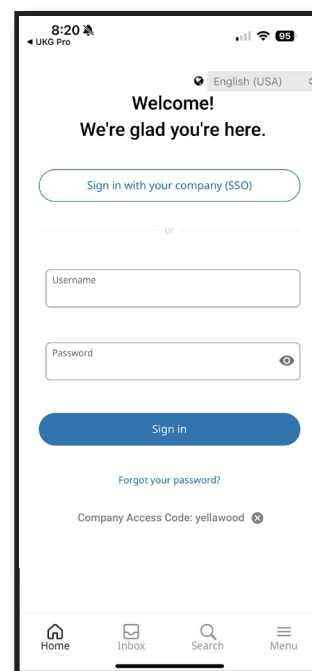
Paso 1

Inicie sesión en la aplicación UKG Pro. arriba está la pantalla de inicio de sesión del empleado. El empleado hará clic en el ícono de beneficios para inscribirse.



Paso 2

Hacer clic en el ícono de beneficios lo trae aquí. Haga clic en "Actualizar mis beneficios" para continuar.



Paso 3

Se le pedirá que inicie sesión nuevamente. Haga clic en "Comenzar" para iniciar la inscripción.

Mantenga su información personal actualizada dentro de UKG, incluidos, entre otros: número de teléfono, dirección, dirección de correo electrónico, información de depósito directo y retenciones de impuestos.

Matriz de Elegibilidad de Dependiente para Planes Médicos, Dentales y/o de Visión

#	Tipo de Dependiente	Criterio de Elegibilidad	Documentos Requeridos para Verificación
1	Cónyuge	La persona es su cónyuge legal actual	Una copia de su certificado de matrimonio.
2	Hijo/a Biológica	Tu hijo/a natural Y Una copia del certificado de nacimiento del niño/a nombrando al empleado como padre del niño.	A copy of the child's birth certificate naming the employee as the child's parent
3	Hijo/a Biológica Mayor de 25 Años Discapacitados	Su hijo natural, mayor de 26 años Y un niño que es física o mentalmente incapaz de mantenerse a sí mismo Y la incapacidad ocurrió antes de los 26 años como dependiente cubierto elegible	Una copia del certificado de nacimiento del niño nombrando al empleado como padre del niño Y la declaración de discapacidad verificada por el proveedor de seguros debe estar archivada en Recursos Humanos
4	Hijastro/a	Su hijastro/a Y 25 años de edad o menos	Verificación del Cónyuge (Vea Cónyuge) Y una copia del certificado de nacimiento del niño nombrando a su cónyuge como padre del niño
5	Hijastro/a Mayores de 25 años de edad y Discapacitados	Su hijo natural, mayor de 26 años Y un niño que es física o mentalmente incapaz de mantenerse a sí mismo Y la incapacidad ocurrió antes de los 26 años como dependiente cubierto elegible	Igual que para el hijastro Y la declaración de discapacidad verificada por el proveedor de seguros debe estar archivada en Recursos Humanos
6	Niño Legalmente Adoptado O Niño Colocado para Adopción O Tutela Legal Permanente	Su niño legalmente adoptado o niño colocado para adopción o niño en tutela legal permanente Y 25 años o menos	Una copia del nombre del decreto de adopción el empleado como padre adoptivo del niño Y una copia de un documento legal que muestre la edad del niño O certificado de nacimiento modificado
7	Niño Legalmente Adoptado O Niño Colocado para Adopción O Tutela Legal Permanente Mayor de 25 Años y Discapacitados	Su Hijo Legalmente Adoptado / Niño Colocado para Adopción / Tutela Legal Permanente, 26 años de edad y mayores Y Un niño que es física o mentalmente incapaz de mantenerse a sí mismo Y La incapacidad ocurrió antes de los 26 años como dependiente cubierto elegible	Igual que el Niño Legalmente Adoptado / Niño Colocado para Adopción / Tutela Legal Y la Declaración de Discapacidad verificada por el proveedor de seguros debe estar archivada en Recursos Humanos
8	Un Niño Cubierto por un QMCSO/NMSN	Un niño cubierto por una orden Nacional de Manutención Médica o una orden Calificada de Manutención Médica	Una copia del NMSN o QMCSO

En todos los casos, la Descripción resumida del plan es el documento rector con respecto a la.

La documentación para los eventos de vida que califican debe ser cargada en la aplicación UKG dentro de los 60 días o el dependiente será automáticamente dado de baja.

Cobertura Médica

Beneficios de su Plan Médico: Open Access

Usted puede buscar atención médica de cualquier médico u hospital.

Great Southern Wood Preserving ofrece un plan médico autofinanciado. Utilizamos EBMS para administrar reclamos médicos. Tiene acceso abierto, por lo que puede utilizar cualquier médico, hospital o proveedor de servicios médicos. Presente su tarjeta cuando llegue a su cita.

¡Asegúrese de que sus reclamos estén precertificados!

Empleados: es la responsabilidad de su proveedor el certificar su reclamo antes de recibir los servicios, pero nos hemos dado cuenta que es posible que usted deba revisarlo con su proveedor para asegurarse de que el proveedor lo hizo. A continuación se detallan los servicios que requerirán certificación antes de recibir el servicio:

- Hospitalizaciones
- Procedimientos quirúrgicos ambulatorios que podrían considerarse cosmética (ejemplos: aumento o reducción de senos, terapia venosa, etc.)
- Resonancias Magnéticas
- CAT Scans
- Escaneos PET
- Estudios del sueño

La fisioterapia no requiere certificación previa, pero tenga en cuenta que se necesitará un plan de tratamiento de parte de su proveedor para que se pueda pagar el reclamo.

Para obtener una precertificación, llame a Veracity Care Solutions 888.324.1747.

Front:

Network Access: mibenefits.ebms.com	Sample Group Name Group: 00XXX Employee: JOHN SAMPLE
	EBMS Member Services: For help finding providers, questions on claims, or information on your plan, please visit mibenefits.ebms.com or call (XXX) XXX-XXXX

Back:

For questions regarding your patient's plan, please call (406) 869-5555 CareLink® Pre-Notification: (866) 894-1505 *CareLink must be notified of all hospital admissions Healthcare Provider: this card in no way guarantees benefits Submit claims electronically with payer ID #81039 at ebms.com/services/providers Mail: EBMS P.O. Box 21367 Billings, MT 59104	Member Applicable Ded/OOP Amounts Plan Amounts Go Here Sample Pharmacy Plan: Rx BIN: XXXXXX Rx PCN: XXXX Rx GRP: XXXXXX
---	--

Deducciones de Nómina Médicas Quincenales

	Plan de Valor	HDHP/HSA	Plan de 400
Sólo empleado	\$49.00	\$76.00	\$111.00
Empleado +1	\$108.00	\$157.00	\$275.00
Familia	\$130.00	\$206.00	\$354.00

Si recibe una factura de saldo pendiente de un proveedor médico, comuníquese con ELAP al 866-326-7340. Las facturas de saldo son facturas que recibe por montos que superan lo que consideramos que valía la visita/procedimiento. Usted es responsable de cualquier deducible, coseguro o cargos por servicios excluidos.

Opciones de Planes Médicos (Vigentes a Partir del 1ro de Enero 2026)

Beneficios Médicos/Prescripciones						
Beneficios	Plan de Valor		HDHP/HSA		Plan de 400	
Copago del Consultorio de Atención Primaria/Copago de Especialista	\$40 / \$50		90% después del deducible		\$30 / \$50	
Deducible Empleado / Familia	\$2,000 / \$4,000		\$3,400 / \$6,800		\$400 / \$1,200	
Presupuestos de Empleado / Familia	\$4,000 / \$8,000		\$4,000 / \$8,000		\$3,000 / \$6,000	
Coseguro	70%		90%		90%	
Servicios de Bienestar	100% sin copago ni deducible		100% sin copago ni deducible		100% no copay or deducible	
Servicios para Pacientes Hospitalizados	70% después del deducible		90% después del deducible		\$200 de copago, luego 90%	
Servicios Ambulatorios <i>(Incluye los Centros Quirúrgicos Ambulatorios)</i>	70% después del deducible		90% después del deducible		\$250 de copago, luego 90%	
Sala de Emergencias <i>(Emergencias Médica) Uso que no sea de emergencia no cubierto por el plan</i>	70% después del deducible		90% después del deducible		\$250 de copago, luego 90%	
Límite de visitas para manipulación espinal / atención quiropráctica <i>(25 visitas por miembro por año del plan)</i>	70% después del deducible		90% después del deducible		70% después del deducible	
Terapia Física	70% después del deducible		90% después del deducible		70% después del deducible	
Medicamentos Recetados	Plan de Valor		HDHP/HSA		Plan de 400	
Deducible	\$0		Shares Médico Deducible		\$0	
Opciones de Farmacia Preferidas	Privilegiado	No Preferido	Privilegiado	No Preferido	Privilegiado	No Preferido
Minorista <i>(suministro para 34 días)</i>						
Drogas Genericas	\$0	\$15	\$0 después del deducible	\$15 después del deducible	\$0	\$15
Medicamentos de Marca del Formulario	\$40	\$50	\$20 después del deducible	\$30 después del deducible	\$25	\$35
Medicamentos de Marca no Incluidos en el Formulario	\$65	\$75	\$40 después del deducible	\$50 después del deducible	\$50	\$60
Especialidad	\$100	\$100	\$100 después del deducible	\$100 después del deducible	\$100	\$100
Medicación de mantenimiento de suministro de 90 días	Un suministro de medicamentos de mantenimiento para 90 días puede estar disponible por el monto del beneficio de 34 días en la farmacia minorista.		Un suministro de medicamentos de mantenimiento para 90 días puede estar disponible por el monto del beneficio de 34 días en la farmacia minorista.		Un suministro de medicamentos de mantenimiento para 90 días puede estar disponible por el monto del beneficio de 34 días en la farmacia minorista.	

Detalles financieros del plan Médico:	Costo Máximo Anual = Desembolso Máximo + Primas anuales		
Costo de Empleado	Plan de Valor	HDHP/HSA*	400 Plan
Solo Empleado	\$5,274.00	\$5,476.00	\$5,886.00
Empleado+ 1	\$10,808.00	\$11,082.00	\$13,150.00
Familia	\$11,380.00	\$12,356.00	\$15,204.00

Cost Definitions:

Costo máximo anual = el monto máximo que debe pagar por el plan médico que elija si tiene un “problema de salud importante” que requiere que cumpla con el desembolso máximo de su plan de beneficios + este monto incluye las primas anuales de su empleado .

* Contribuciones del empleador restadas del total de desembolso máximo (\$500 EE/\$1,000 Empleado +1 / Familia)

**Tenga en cuenta: la información que figura en el cuadro anterior se proporciona como un resumen de los diseños y costos del plan con fines ilustrativos. Los detalles adicionales sobre los detalles del plan se proporcionan en los documentos oficiales del plan.

¡Ahorre dinero en recetas cubiertas usando una farmacia preferida! Puede ahorrar dinero si elige las farmacias preferidas sobre las no preferidas. Las farmacias preferidas suelen ser sus farmacias privadas o familiares de propiedad local y cualquier Walmart, Publix o Sams. Algunas farmacias no preferidas son Target, CVS, Walgreen's y Rite-Aid. Para descargar el Formulario de medicamentos recetados, que es una lista completa de los medicamentos cubiertos por su plan, visite: <https://veracity.procarerx.com>. Para obtener información adicional, comuníquese con ProCare al 888-388-8228. Esta información también se puede encontrar en su tarjeta de identificación médica.

El esquema del plan de beneficios anterior es un resumen general de los planes ofrecidos. Para obtener más detalles, consulte el Documento del plan médico que está disponible a pedido en el Departamento de Recursos Humanos.

Comprender lo que significa

¿Qué es el deducible?

Un deducible es la cantidad de dinero que pagas cada año por atención médica antes de que tu compañía de seguros comience a pagar.

Hasta que cumpla con su deducible, usted es responsable de pagar por las visitas al médico o tratamientos, con algunas excepciones. Una vez que alcance su deducible, su compañía de seguros comenzará a pagar sus facturas o a dividir este costo con usted.

Su deducible puede ser alto o bajo, dependiendo del tipo de plan que tenga. El deducible de su plan de salud se reinicia cada año, y la cantidad que debe puede cambiar anualmente.

¿Qué es el coseguro?

El coseguro es la cantidad, generalmente expresada como un porcentaje fijo, que un asegurado debe pagar hacia un reclamo cubierto después de que se haya satisfecho el deducible.

¿Qué es OOP (Gasto de Bolsillo)?

OOP, o desembolso personal, se refiere a los costos que las personas deben pagar por servicios de atención médica que no están cubiertos por su plan de seguro de salud.

Comprender los costos de bolsillo.

Los costos de bolsillo en el seguro de salud incluyen varios gastos de los que usted es responsable al recibir atención médica. Estos costos pueden abarcar:

- **Deducibles:** La cantidad que paga por los servicios de salud antes de que su seguro de salud comience a pagar.
- **Copagos:** Una cantidad fija que paga por un servicio o receta específica, generalmente en el momento del servicio.
- **Coseguro:** El porcentaje de los costos que paga por los servicios cubiertos después de haber alcanzado su deducible.

Máximo de desembolso

El máximo de desembolso (OOP max) es la cantidad máxima que tendrá que pagar por los servicios de atención médica cubiertos en un año del plan. Una vez que alcance este límite, su seguro de salud cubrirá el 100% de sus costos de atención médica durante el resto del año. Los puntos clave sobre el OOP max incluyen:

- **Límite Anual:** El máximo de desembolso personal (OOP, por sus siglas en inglés) sirve como una red de seguridad financiera, previniendo costos excesivos de atención médica en un año determinado.
- **Servicios dentro de la red:** Normalmente, solo los costos de los servicios dentro de la red cuentan para su máximo de desembolso personal. Los servicios fuera de la red pueden incurrir en costos adicionales que no contribuyen a este límite.
- **Exclusiones:** No todos los gastos cuentan para el máximo de desembolso personal. Por ejemplo, las primas mensuales y ciertos servicios no cubiertos están excluidos.

Por ejemplo, Peg está en el plan HDHP y va a tener un bebé. Después del parto, recibe una factura por los servicios profesionales y de instalaciones para el parto, junto con pruebas de diagnóstico como análisis de sangre, así como por el anesthesiólogo, por un monto de \$10,000. Ella sería responsable de su deducible de \$3,400 y del coseguro de \$600. El total que pagaría sería de \$4,000.

Cobertura médica con receta

Los medicamentos internacionales y especializados se administran a través de los servicios de **Conserjería Farmacéutica de Farmacia**. Miembros que usan este programa para los medicamentos internacionales y de especialidad aplicables son elegibles para recibir medicamentos cubiertos a un costo mínimo o gratuito. Inicie sesión en veracity-rx.com inicialmente para comenzar y / o comuníquese con: 888-388-8228 por teléfono para obtener más información.



Personal Importation Medications VeracityRx Program

How to Enroll in the Program

1

Please check the list below of **commonly prescribed medications that can be sourced internationally**.

2

If you or a covered member of your household are on any of the drugs listed, please start by going to www.veracity-rx.com and completing the “**Enrollment Form**”.

3

Be on the look out for an email from a VeracityRx Personal Importation Team member with next steps.

4

Contact your healthcare provider to have a new prescription sent into our pharmacy partner.
**Instructions will be included in email on how to send in new prescription.*

Commonly Prescribed Personal Importation Medications

Drug	Drug	Drug
Anoro Ellipta	Invokamet	Silenor
Apidra	Isentress	Skyrizi
Apidra Solostar	Janumet	Spiriva Respimat
Arnuity Ellipta	Janumet XR	Symbicort
Atripla	Januvia	Tivicay
Basaglar Kwikpen	Jardiance	Toujeo Solostar
Biktarvy	Juluca	Tradjenta
Breo Ellipta	Levemir Flextouch	Trelegy Ellipta
Combivent Respimat	Omnaris	Trintellix
Dulera	Orencia	Trulicity
Eliquis	Ozempic	Victoza
Entresto	Prezcobix	Xarelto
Farxiga	Qvar	Xeljanz
Fiasp	Rexulti	
Flovent HFA	Rinvoq	
Invokana	Rybelsus	

**List is only a sample of the top personal importation drugs and is subject to change without notice.
Additional personal importation drugs can be pursued beyond this list.*



Specialty Medications VeracityRx Program

How to Enroll in the Program

1

Please check the list below of **commonly prescribed specialty drugs**.

2

If you or a covered member of your household are on any of the drugs listed or any other specialty medication, please start by going to www.veracity-rx.com and complete the “Enrollment Form”

3

Be on the look out for an email from a VeracityRx Specialty Team member with next steps.

4

Complete the patient assistance application included in the email and return with any additional required documentation (i.e., 1st two pages of your most recent 1040).

Commonly Prescribed Specialty Medications

Drug	Drug
Actemra	Promacta
Adempas	Pulmozyme
Afinitor	Rebif
Aubagio	Stelara
Cimzia	Strensiq
Cosentyx	Tagrisso
Dupixent	Taltz
Enbrel	Tobi Podhaler
Envarsus XR	Tremfya
Firazyr	Tyvaso
Gilenya	Vumerity
Haegarda	Xolair
Kuvan	Zelboraf
Lenvima	
Norditropin AQ	
Opsumit	
Otezla	

**List is only a sample of the top specialty drugs and is subject to change without notice.
Additional specialty drugs can be pursued beyond this list.*

Entendiendo Su Explicación de Beneficios

20181114T00
118
1154 11171

Page 1 of 2

J118 [1] 1 of 1

Name of Group
As Administered by EBMS
PO Box 21367
Billings MT 59104-1367

Forwarding Service Requested

*****SNGLP 1
PB-STL_UNSORTED-MACH-ENV 1
SUSAN SMITH
314 ELM ST
BOZEMAN MT 59718

Explanation of Benefits
RETAIN FOR TAX PURPOSES
THIS IS NOT A BILL

Customer Service
If you have any questions, please call **866-111-1111**
or visit **www.ebms.com**
Visit **miBenefits**
at **www.ebms.com** to receive
your EOB electronically!

Date: 11/14/2018
Employee: Susan Smith
Reference #: 98Z1c126b
Division: Bozeman

Claim #: 218-0000548781-00
Patient: Susan Smith

Provider: Billings Clinic Bozeman
Patient #: ID #: ***-**-1871

Date(s) of Service	Nature of Service	Billed Amount	Discount / Adjustment	Ineligible Amount	Reason Code	Eligible Amount	Deductible Amount	Co-pay Amount	Paid At	Total Payable By Plan
11/03-11/03/2018	Emergency Phys	\$5,000.00	\$0.00	\$0.00		\$5,000.00	\$0.00	\$0.00	80%	\$4,000.00
	Column Totals	\$5,000.00	\$0.00	\$0.00		\$5,000.00	\$0.00	\$0.00		\$4,000.00
	You May Owe:	\$1,000.00								
									Other Carrier Payment	\$0.00
									Total Net Payment	\$4,000.00

Payment Details

Paid To	Amount
Billings Clinic Bozeman	\$4,000.00

Accumulators

Patient Medical Out of Pocket Met to Date (PPO)	\$1,000.00
Family Medical Out of Pocket Met to Date (PPO)	\$4,460.00

*** Reflects accumulators as of this claim.
Please visit www.ebms.com or call for the most current accumulator total.

1 Número de teléfono de EBMS

2 Acceso 24 horas al día 7 días a la semana a toda la información de sus reclamos actuales e históricos a través de miBenefits

3 Información importante que debe tener cuando llame a EBMS (número de reclamo y número de identificación del paciente)

4 Cantidad que puede ser facturada por su proveedor. Si su proveedor factura más de la cantidad indicada aquí, puede recibir una factura de saldo.

5 Información y descripción del código de motivo

6 Información de deducible

7 Esta es la cantidad de pago que el plan le hará a usted o a su proveedor

8 Si no hay un cheque, consulte el campo "pago". El cheque puede haber sido enviado directamente al proveedor

9 Los acumuladores muestran la cantidad de su deducible y cuanto de su desembolso personal se ha hecho

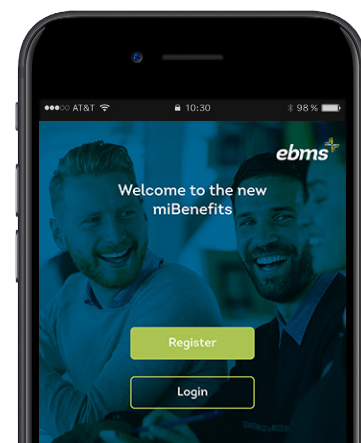
Presentamos los Servicios EBMS: Su Socio de Asequibilidad de Su Plan de Salud

¡La aplicación móvil de EBMS - miBenefits - está Aquí!

¿Necesita verificar un reclamo o revisar los beneficios cuando en un apuro? Con la nueva aplicación miBenefits, su plan de beneficio está a un toque de distancia. ¡Ahora puede manejar sus beneficios en cualquier lugar y en cualquier momento! La aplicación móvil EBMS myBenefits fue diseñada para un acceso instantáneo, completo y seguro.

- Acceda tarjetas de identificación digital para atención médica, dental o de la vista.
- Reciba actualizaciones en tiempo real con notificaciones push Disponible para Apple y Android
- ¡Manténgase actualizado sobre reclamos, deducibles, desembolsos máximos y más!
- Encuentre un proveedor o farmacia y busque los detalles del beneficio

¿Preguntas? Contáctenos al 1-866-462-9054.



¿Cómo puede ayudar un Navegador de Atención Médica?

¡Esperamos que nunca tenga un problema con su plan de salud! Pero si lo tiene, los ELAP pueden intervenir para abogar por usted en ciertas situaciones.

ANTES de un procedimiento médico, llame a un navegador de atención médica para analizar sus opciones si:

- Un hospital o médico solicita el pago por adelantado
- Un hospital o médico lo rechaza según su plan de salud
- Tiene que viajar fuera de su ubicación principal para poder recibir atención (nuestros navegadores pueden coordinar todos los aspectos de viaje y atención, cuando sea médicamente apropiado)

DESPUÉS de su procedimiento médico, llame a un navegador de atención médica para obtener ayuda si:

- Recibe una factura médica por un saldo pendiente que es diferente de lo que su explicación de beneficios (EOB) muestra que debe
- Recibe un aviso de cobro del hospital o del médico.

¡Deje que los ELAP aboguen por usted!

Póngase en contacto con un Navegador de atención médica ahora:

Llame: 1-866-326-7340

Correo electrónico: navigator@ebms.com

Cuenta de Ahorros de Salud

A Division of Webster Bank, N.A. Member FDIC

Efectivo de inmediato: los cambios en las elecciones de su cuenta de ahorro de salud deberán comunicarse a través de JOINPlus cuando llame o se conecte en línea para inscribirse.

Si está inscrito en el Plan HDHP, se le inscribirá automáticamente en una cuenta de ahorros para la salud. No es necesario que contribuya con sus fondos para recibir el aporte de la empresa.

El Plan de Salud de Alto Deducible (HDHP) es diseñado para cubrir enfermedades o lesiones graves después de que se haya alcanzado el deducible. La cuenta de ahorros es propiedad y está financiada con contribuciones antes de impuestos. La HSA paga los gastos de bolsillo incurridos antes de alcanzar el deducible. Si te vas, puedes llevarlo contigo. Las contribuciones de la HSA del empleador se realizarán cada dos semanas a través de UKG.

Great Southern Wood aporta \$500 a cada empleado que se inscribe en la cuenta H.S.A. plan y \$1,000 a cada Empleado que se inscriba en el plan Empleado + Dependientes H.S.A. plan. Recibirá información por correo que requerirá que active su cuenta para utilizar los fondos. No deje pasar este dinero, ya que es suyo para usarlo y transferirlo cada año.

¿Qué es un Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP)?

Un plan de salud con deducible alto es un plan de seguro que no cubre los gastos médicos del primer dólar (excepto la atención preventiva). Es un plan con un deducible anual mínimo y un límite máximo de gastos de su bolsillo. Estos mínimos y máximos son determinados anualmente por el Servicio de Impuestos Internos (IRS) y están sujetos a cambios.

¿Qué es una Cuenta de Ahorro de Salud?

Una cuenta de ahorros de salud (HSA) es una cuenta que puede financiarse con sus dólares exentos de impuestos para ayudarle pagar los gastos médicos, medicamentos recetados, dentales y de la vista elegibles que no estén cubiertos por un plan de seguro, incluidos el deducible, el coseguro, los copagos y incluso en algunos casos, primas de seguro de salud.

¿Quién es elegible para una HSA?

Cualquiera que sea:

- Cubierto por un plan de salud con deducibles altos (HDHP)
- No cubierto por otro plan médico que no sea HDHP
- No inscrito en los beneficios de Medicare; o
- No es elegible para ser reclamado en la declaración de impuestos de otra persona
- Dependientes cubiertos de impuestos incluso si no están cubiertos por el plan de salud

Límites de Contribuciones HSA 2026

2026	Límite de Contribución	Contribución 55+
Solo	\$4,400	\$1,000
Familia	\$8,750	\$1,000

Nota: Al asignar fondos a su HSA, asegúrese de que la contribución no exceda los límites de 2026.

Nuevas contrataciones: si lo contratan dentro del año del plan, su contribución a la HSA se prorrateará.

Beneficios Clave para una HSA

- **Ahorro de Impuestos:** dinero extraído de su cheque de pago antes de calcular los impuestos, reduciendo así sus ganancias imponibles declaradas.
- **Portabilidad:** el dinero que usted acumula, se lo puede llevar consigo si cambia de empleador, cambia de plan de salud o se jubila.
- **Ahorros:** permita que los fondos en su cuenta crezcan con impuestos diferidos. Después de los 65 años, usted puede realizar retiros de su HSA por cualquier motivo sin penalización.
- **Individual:** su cuenta HSA es su cuenta individual, bajo su nombre, con su beneficiario nombrado. Es completamente su responsabilidad, muy parecido a una cuenta bancaria corriente. Usted es responsable de asegurarse de que los fondos se usen para gastos que califican y que su cuenta no se sobrepase más allá del monto máximo anual. También eres responsable por garantizar que su información demográfica, como su dirección, esté actualizada en su cuenta.
- **Control:** usted decide cuándo usar sus ahorros para pagar los gastos médicos.

Contribuciones del Empleador

Si elige inscribirse en el Plan de salud con deducibles altos, GSWP hará un depósito a su cuenta HSA de la siguiente manera:	Total por Año
Solo Empleado	\$500
Empleado + 1 / Familia	\$1,000

Favor Notar: los depósitos se realizarán trimestralmente. Los participantes deben tener una HSA establecida para recibir el depósito.

Cuenta de Ahorros de Salud HSA Bank

HSA Bank

Servicio al Cliente: 1-800-357-6246

Sitio web: www.hsabank.com

Cuenta de gastos Flexible VOYA[®] FINANCIAL

¿Qué es una Cuenta de Gastos Flexibles?

A través de nuestras Cuentas de Gastos Flexibles (FSA), usted puede guardar dinero, antes de que se graven, para poder pagar por los gastos de atención médica y dependientes elegibles.

¿Cómo Funcionan la FSA?

Una vez que calcule su contribución anual al FSA, se deducirá de su cheque de pago en cantidades iguales durante el año. Recibirá una tarjeta por correo y podrá usar esta tarjeta para el pago y/o reembolso de gastos elegibles.

¿Qué Gastos son Elegibles?

Los gastos son elegibles para reembolso de sus FSA, siempre que:

- Se incurre durante el año de su plan FSA
- Los gastos de cuidado de dependientes deben ser para niños en guarderías hasta los 13 años y miembros adultos de la familia que necesitan cuidado diario para que el empleado y su cónyuge puedan trabajar
- No son reembolsables de ninguna otra fuente.
- Tiene documentación disponible del proveedor de los servicios o suministros que muestra el monto de cada gasto y la fecha en que se incurrió

Algunos ejemplos de gastos elegibles de atención médica:

- Acupuntura
- Centro de tratamiento para el alcoholismo y las drogas
- Prótesis y dientes artificiales
- Cuidado quiropráctico
- Copagos y coseguro
- Cirugía estética para corregir una condición médica
- Deducibles
- Gastos dentales
- Dermatología
- Exámenes de la vista, lentes, monturas y lentes de contacto
- Audífonos
- Cirugía ocular con láser

¿Preguntas? Tenemos las respuestas.

Llame al 1-833-232-4673 Atención al cliente en vivo las 24 horas, los 7 días de la semana

O envíe un correo electrónico a: HASinfo@voya.com

- Medicamentos de venta libre acompañados de una receta médica escrita
- Copagos de medicamentos recetados
- Sillas de ruedas
- Rayos X

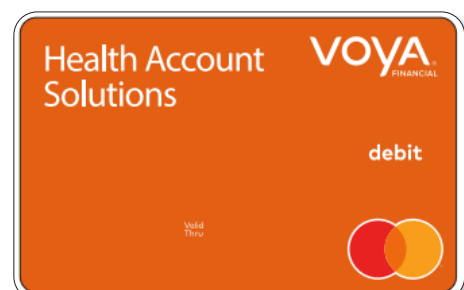
Una Rebaja de Impuestos Sobre Gastos

- **FSA de Cuidado de Dependientes:** Una cantidad considerable de los ingresos de una familia se utiliza para gastos de cuidado de niños o un cónyuge o padre discapacitado. Usted puede escoger contribuir un máximo de \$7,500 si es soltero o si está casado y presenta una declaración de impuestos conjunta. Si está casado y presenta declaraciones por separado, puede escoger contribuir un máximo de \$3,750 por año calendario.
- **FSA de Atención Médica:** Todos gastamos dinero cada año en deducibles, copagos y otros gastos de bolsillo que nuestro plan de salud no cubre. Puede contribuir un máximo de \$3,400 para el año calendario. La FSA de atención médica pagará sus gastos a medida que ocurran, hasta su contribución elegida. Por ejemplo, si elige contribuir \$50 por mes y incurre en un gasto de \$200 después de solo un mes, la FSA pagará el total de \$200.

Mantenga estas Reglas Importantes en Mente

Se han extendido los plazos de presentación. Por lo general, los gastos incurridos durante el año del plan (1ro de Enero al 31 de Diciembre) deben presentarse a más tardar 90 días después de que finalice el año del plan. **Tenga en cuenta: GSWP ya no extenderá la fecha límite de presentación por 2 meses y medio. En lugar del período de gracia, ahora se le permitirá transferir \$660 de su saldo no utilizado de la FSA solo para atención médica en el año del plan 2026. La fecha límite es el 15 de abril para las reclamaciones manuales que se presentarán para el año del plan anterior. Los fondos reinvertidos se distribuyen el 1 de mayo y después del 1 de mayo podrá ver su nuevo saldo con los fondos reinvertidos incluidos.**

Por favor, tenga en cuenta que debe volver a inscribirse en el beneficio FSA cada año en UKG, independientemente de si es una inscripción pasiva o obligatoria.





Great Southern Wood Preserving, Inc.

Bienvenidos a RelyMD

24/7 acceso a visitas instantáneas,
sin importar la hora ni el lugar.

Como miembro de RelyMD, usted y su familia recibirán acceso 24/7/365 a médicos certificados que pueden diagnosticar lesiones y enfermedades comunes o agudas, sin importar la hora ni el lugar. Regístrese para su cuenta segura hoy, para que estemos listos cuando nos necesite.

Su tarifa de visita es:

\$0

Condiciones médicas que tratamos:

- Alergias
- Dolor artrítico
- Bronquitis
- Resfriado & influenza
- Estreñimiento
- Tos
- Diarrea
- Infecciones oculares
- Fiebre
- Gota
- Dolor de cabeza
- Picaduras de insectos
- Asma leve
- Dolores musculares
- Erupciones
- Infección sinusal
- Dolor de garganta
- UTI
- Náusea/vómitos
- y más!

Cuándo usar RelyMD



Si está considerando acudir a la sala de urgencias por un problema médico que no es de emergencia



Cuando salir de casa para ver a un médico con licencia no es posible.



Usted o su familia están de viaje o necesitan atención médica.

Maneras fáciles de usar RelyMD.



Visitar patient.relymd.app
desde su computadora



Llama al 855-879-4332 desde
su teléfono.

relymd.com | support@relymd.com | (855) 879-4332



¡Consulte a su dietista personal sin costo!

Utopia WellCare se ha asociado con tu compañía para que usted pueda consultar virtualmente a nuestros dietistas experimentados sin costo alguno.

¿En qué me puede ayudar un dietista?

- Perder o aumentar peso
- Controlar la presión arterial elevada y un alto nivel de azúcar en la sangre
- Manejar problemas gastrointestinales y digestivos
- Mejorar el sueño y los niveles de energía
- Control de diabetes/pre-diabetes
- Manejar otras enfermedades crónicas

Durante su cita, el dietista obtendrá información sobre su dieta personal y su estilo de vida y le ofrecerá un plan para mejorar. ¡Es muy común que los dietistas identifiquen problemas de salud que los médicos no detectan! Usted recibirá consejos de expertos sobre cómo sentirse mejor y más sano.

Gratis!

Este plan no tiene costo para las personas inscritas en el plan de salud de tu compañía incluyendo cónyuges e hijos. Las consultas con nuestros dietistas se cubran al 100% como parte de los cuidados preventivos, así que no tendrá que pagar el costo de su bolsillo propio.



Utilice el siguiente código QR para programar una consulta.

utopiawellcare.com/appointments



Cobertura Dental Ameritas

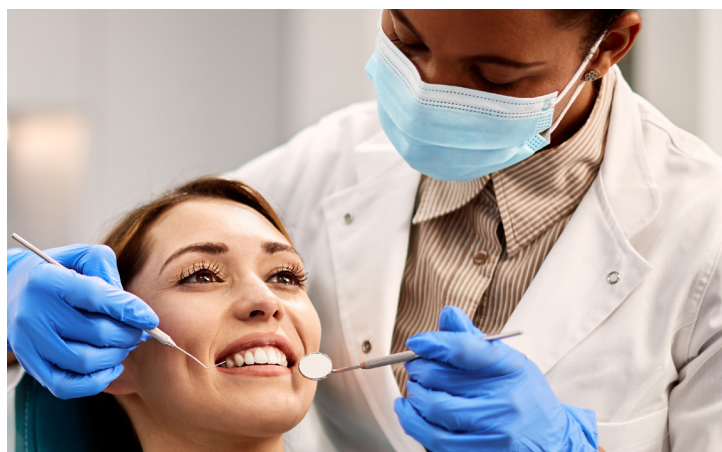
Un plan dental está disponible para usted y sus dependientes cubiertos para atención dental de rutina, como exámenes, radiografías y limpiezas, así como empastes, dentaduras postizas, trabajo de puente y atención periodontal.

El Plan PPO le permite recibir beneficios cuando utilizas proveedores dentales que le convenga. Sin embargo, al usar los dentistas dentro de la red recibirás el nivel más alto de beneficios. Si visita a un dentista dentro de la red, el dentista acepto las tarifas con descuento por el servicio y no va a facturarle el saldo a usted.

Si ve a un dentista que no pertenece a la red, puede que le cobren el saldo ya que está sujeto a cargos habituales, razonables y habituales (UCR). Esto significa que si su dentista no esta dentro de la red, el cobra más que la mayoría de los dentistas en la misma ubicación geográfica, y usted será responsable de pagar por la diferencia entre lo que cobra ese dentista y el cargo UCR para el área.

Para encontrar un proveedor, vaya a www.ameritas.com – Haga clic en “Buscar un proveedor de salud”, “Buscar un proveedor dental”, ingrese el código postal o la ciudad y el estado, luego elija “Red Clásica”.

Por Ejemplo: Un dentista que no pertenece a la red cobra \$150 por la limpieza dental y la mayoría de los dentistas en el área cobran \$130 por el mismo servicio. Usted sería responsable de pagar la diferencia de \$20.



Deducciones de Nómina Quincenales Dentales

	Plano básico	Plan Plus
Sólo empleado	\$9.30	\$13.10
Empleado + 1	\$18.60	\$24.06
Familia	\$30.66	\$41.22

Resumen de beneficios dentales

	Plano básico	Plan Plus
Deducible anual: exento para servicios preventivos	\$25/\$75	\$25/\$75
Los servicios preventivos incluyen: Examen de rutina (2 por período de beneficios) Radiografías de ala de mordida (2 por período de beneficios) Limpieza (2 por período de beneficio) Flúor para menores de 18 años (2 por periodo de prestación) Selladores (13 años y menores) Mantenedores de espacio	100% <i>(NO se aplica al máximo por año calendario)</i>	100% <i>(NO se aplica al máximo por año calendario)</i>
Los servicios básicos incluyen: Cirugía bucal, anestesia general, endodoncias, empastes, reparaciones de dentaduras postizas	90%	90%
Los principales servicios incluyen: Coronas, Puentes, Dentaduras Postizas, Incrustaciones, Tratamiento de Encías	70%	70%
Máximo del Año Calendario <i>(El beneficio máximo que recibirá del plan en un año calendario. Usted será responsable de cualquier cantidad adicional.)</i>	\$1,250	\$2,000
Red: PPO pasivo	PPO pasiva	PPO pasiva
Fuera de la red: asignación	95th U&C	95th U&C
Schedule of Benefits		
Cobertura de Ortodoncia	Sin cobertura de ortodoncia	50% <i>(Hijos Dependientes Hasta 26 Años)</i> Sin período de espera
Máximo de por vida de ortodoncia	Sin cobertura de ortodoncia	\$2,000

Nota importante: Favor consulte el resumen detallado del plan para obtener información adicional sobre las limitaciones y exclusiones del plan.

Visión Ameritas



Es importante preservar la salud de sus ojos y recibir exámenes oculares regulares. La red de visión EyeMed Insight es a nivel nacional e incluye proveedores de práctica privada y minoristas. Para obtener una lista de proveedores de atención de la visión de la red, visite www.EyeMed.com. Haga clic en “Buscar un proveedor”, ingrese el código postal, haga clic en “Seleccionar red”, haga clic en “Seleccionar” y luego haga clic en “Obtener resultados”. Se mostrará una lista de proveedores con sus direcciones, números de teléfono y la distancia a sus ubicaciones.

Si prefiere hablar con un representante de servicio al cliente, llame al 1-866-289-0614.

Resumen de Beneficios de EyeMed Vision	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Deducibles	Examen de \$10 / Lentes de Anteojos \$10	Sin Deducible
Examen Anual de la Vista	Cubiertos en su totalidad	Hasta \$35
Lentes (por par)		
Visión única	Cubierto por completo	Hasta \$25
Bifocal	Cubierto por completo	Hasta \$40
Trifocal	Cubierto por completo	Hasta \$55
Lenticular	20% Descuento	No Beneficio
Progressive	Vea opciones de lentes	N/A
Contacts		
Ajuste y Seguimiento de Exámenes		
Estándar	Estándar: Costo para miembros hasta \$40	No Beneficio
Premio (Subsidio)	Premio: 10% de descuento en minorista	No Beneficio
Electivo	Hasta \$130	Hasta \$104
Médicamente Necesario	Cubierto por completo	Hasta \$200
Marcos	\$130	Hasta \$65
Frecuencias (meses)		
Examen / Lente / Marco	12/12/12 (Según la fecha del servicio)	12/12/12 (Según la fecha del servicio)
Opciones de Lentes (costo para miembros)		
Lentes Progresivos		
Estándar	Estándar: \$65 + deducible de lentes	No Beneficio
Premio	Premio: costo del lente - 20% de descuento - Subsidio de \$120 + Costo progresivo estándar	No Beneficio
Estándar de Policarbonato	\$40	No Beneficio
Tinte (sólido y degradado)	\$15	No Beneficio
Recubrimiento Resistente a Rasguños	\$15	No Beneficio
Recubrimiento Antirreflejo	\$45	No Beneficio
Recubrimiento Ultravioleta	\$15	No Beneficio
Lasik o PRK	Descuento promedio de 15% sobre el precio minorista o 5% descuento del precio promocional en los proveedores participantes de US Laser Network	No Beneficio
Deducciones de Nómina Quincenales para Visión		
Sólo empleado		\$2.69
Empleado +1		\$5.38
Familia		\$6.18

Discapacidad a Corto Plazo



Great Southern Wood le ofrece un seguro de Incapacidad a Corto Plazo, que es un beneficio semanal para reemplazar una parte de sus ingresos en caso de que esté incapacitado.

Tenga en cuenta que estará sujeto a los períodos de limitación por condiciones preexistentes según el diseño del plan.

Cómo Reportar un Reclamo por Discapacidad

Avisé a su supervisor y a Recursos Humanos que necesita completar el formulario de reclamo de Incapacidad a Corto Plazo. El formulario de reclamo necesitará:

- Su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, fecha de contratación, número de seguro social y más información adicional del empleado.
- La fecha y la causa de su incapacidad y cuándo vuelve a trabajar. Si está embarazada, indique la fecha de parto prevista.
- El nombre, dirección y el número de teléfono de cada médico que esta atendiendo por esta ausencia y devuelva el formulario completado a Recursos Humanos.



Resumen de Beneficios para Discapacidad a Corto Plazo

Beneficios Comienzan	15th día de lesión o enfermedad*
Cantidad de Beneficio	60% de las ganancias semanales
Beneficio Semanal Máximo	\$750
Período Máximo de Beneficio	26 semanas

*1er día de hospitalización

Tenga en cuenta que no hay período de espera para el pago de admisiones hospitalarias. Si tiene que estar ausente por más de 3 días, asegúrese de notificar a su supervisor y a Recursos Humanos. Nota: Las reclamaciones pueden tardar entre 3 y 5 días en ser revisadas y aprobadas una vez que se reciba la documentación requerida.



Personalizado

Cuando ingrese al portal *My Lincoln*, usted puede navegar rápidamente en su información de beneficios grupales. Además, usted puede administrar dentro del portal su perfil y preferencias, de una manera fácil.

Código de la Compañía para Registrarse: LF130GRE

Seguro de Vida Básico y AD&D



GSWP proporciona automáticamente un Seguro de Vida a Término Básico y Coberturas de Muerte Accidental y Desmembramiento equivalentes a **1x ganancias anuales básicas con un mínimo de \$10,000 hasta un máximo de \$250,000 sin costo para usted.** El Seguro de Vida también proporciona un beneficio de cuidado de vida. Si le diagnostican una enfermedad terminal con una esperanza de vida de menos de 12 meses, podrá cobrar el 75% de su beneficio de seguro de vida antes de su muerte. Al fallecer, el beneficio de Living Care se deducirá del beneficio del seguro de vida original.

Tenga en cuenta que su beneficio de Seguro de Vida Básica y AD&D se reducirá en un 35% del monto informado a los 65 años y un 50% al monto informado a los 70 años.

Por favor, mantenga a los beneficiarios actualizados en todo momento. Los beneficiarios pueden agregarse / actualizarse en cualquier momento dentro de UKG.

Seguro de Vida Opcional y AD&D



El seguro de vida opcional proporciona protección adicional para su familia en caso de su muerte prematura.

Los nuevos empleados pueden elegir hasta \$300,000 de vida del empleado y \$20,000 de vida del cónyuge sin formularios de evidencia de asegurabilidad (EOI).

Durante la inscripción anual, cada año, los empleados y sus cónyuges pueden elegir/aumentar la cobertura por la cantidad de 2 incrementos (\$20,000 - Empleado y \$10,000 - Cónyuge) sin formularios de evidencia de asegurabilidad (EOI) hasta los máximos del plan y sujeto a los términos regulares de la inscripción vitalicia. Tenga en cuenta: Los empleados y cónyuges son elegibles para este aumento incremental solo SI NO se les ha rechazado previamente la EOI ni se les ha retirado su EOI para o por Lincoln.

Tenga en cuenta que su beneficio de Seguro de Vida Voluntario se reducirá en un 35% de la cantidad informada a los 65 años y en un 50% a la cantidad informada al cumplir los 70 años. Las primas se facturarán en función de la cantidad reducida.

Si elige Seguro de Vida Opcional, también puede elegir Seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) en una cantidad igual a su vida opcional. El AD&D opcional está disponible solo para empleados y le paga a su beneficiario un beneficio por pérdida de vidas u otras lesiones resultantes de un accidente cubierto: 100% por pérdida de vidas y un porcentaje menor por otras lesiones. Las lesiones pueden incluir pérdida de la vista o del habla, parálisis y desmembramiento de manos o pies. Tenga en cuenta que tiene la opción de transferir o convertir pólizas si decide abandonar Great Southern Wood.



Resumen de Beneficios de Seguro de Vida Opcional

	Empleado	Cónyuge	Niño(s)
Cantidad de Beneficio	Incrementos de \$10,000	Incrementos de \$10,000	\$10,000
Beneficio Máximo	\$300,000 (sin exceder 5x ganancias anuales)	\$150,000 (sin exceder el 50% del beneficio del empleado)	(no debe exceder el 50% del beneficio del empleado)
Emisión de Garantía*	\$300,000	\$20,000	\$10,000

Emisión de Garantía para Nuevo Empleado: La cantidad de cobertura permitida por Lincoln Financial sin completar un formulario de Evidencia de Asegurabilidad.

Tarifas Mensuales por cada \$1,000

Edad	Tarifas	Edad	Tarifas
Menor de 30	\$0.073	55-59	\$0.837
30-34	\$0.087	60-64	\$1.250
35-39	\$0.114	65-69	\$1.910
40-44	\$0.177	70-74	\$3.806
45-49	\$0.287	75+	\$6.514
50-54	\$0.471		

Deducciones de Nómina Mensual para Niño(s)

\$10,000	\$1.53
-----------------	--------

*One premium covers all eligible children.

AD&D opcional

Tarifas Mensuales por cada \$1,000

Solamente Empleado	\$0.033
---------------------------	---------

Las primas del Seguro de Vida se basan en la edad del empleado y el volumen seleccionado. La tasa de cónyuges se calcula en función de la edad del cónyuge. Las primas se proporcionan a los empleados recién contratados y también están disponibles en UKG.

Mantenga a los beneficiarios actualizados en todo momento. Los beneficiarios se pueden agregar/actualizar en cualquier momento dentro de UKG.

Los accidentes ocurren. El seguro de accidentes puede ayudar. La cobertura de accidentes es uno de los beneficios más comunes que las personas eligen. ¿Alguna suposición de por qué? Es porque los accidentes son una de las principales causas de lesiones en personas menores de 40 años, y porque ocurren de manera más aleatoria que las enfermedades. El seguro de accidentes te paga con beneficios en efectivo para gastos que es posible que no estén completamente cubiertos por tu seguro de salud integral.

Deducciones quincenales de nómina por accidente

Solo empleado	\$7.76
Empleado + cónyuge	\$12.68
Empleado + hijo(s)	\$16.47
Empleado + Familia	\$21.39

Health Assessment/Wellness Benefit
Beneficio del plan

Beneficio de evaluación de salud Reciba un beneficio en efectivo cada año en el que usted o cualquier miembro de su familia cubierto complete un solo examen, evaluación o vacuna cubierta.	\$100
---	-------

Emergency Treatment
Tu beneficio en efectivo

Ambulancia	\$300
ambulancia aérea	\$900
Atención/tratamiento de emergencia	\$150
Visita de atención inicial	\$150
Examen de diagnóstico mayor	\$150
radiografía	\$30

Fracturas
Tu beneficio en efectivo

Tobillo	\$1,250
Brazo (hombro a codo)	\$1,375
Brazo (codo a muñeca)	\$1,050
Cóccix	\$425
Clavícula	\$1,250
Codo	\$375
Huesos de la cara	\$1,125
Dedos	\$200
Pie (excepto dedos)	\$1,025
Mano (excepto dedos)	\$1,025
Cadera	\$3,250

Dislocaciones*
Tu beneficio en efectivo

Tobillo	\$1,250
Clavícula (acromio y separación)	\$975
Clavícula (esternoclavicular)	\$1,250
Codo	\$1,250
Dedos	\$350
Pie (excepto dedos)	\$950
Mano (excepto dedos)	\$700
Cadera	\$3,000

Nota: Recursos Humanos solo puede proporcionar deducciones de nómina para este beneficio. Para presentar reclamaciones o cualquier pregunta, comuníquese con Lincoln Financial llamando al 800-487-1485.

Indemnización Hospitalaria



La hospitalización es imprevista. Incluso con el seguro médico de su empleador, el costo de una estadía en el hospital puede ser abrumador. Según HealthCare.gov, el precio promedio de una estadía hospitalaria de tres días es de \$30,000. La indemnización hospitalaria reembolsa el uso y las estadías en el hospital según la atención recibida.

Deducciones de nómina quincenales de indemnización hospitalaria	
Solo empleado	\$10.20
Empleado + cónyuge	\$18.61
Empleado + hijo(s)	\$15.17
Empleado + familia	\$23.58

Beneficios principales del hospital	Beneficio del plan
Admisión al hospital Para el primer día de admisión a un hospital para el tratamiento de una enfermedad/lesión	\$1,000 por día durante un día por año calendario
Confinamiento en el hospital Por cada día de confinamiento en un hospital como resultado de una enfermedad/lesión	\$150 por día durante 30 días por año calendario a partir del segundo día de confinamiento
Admisión a la unidad de cuidados intensivos (UCI) del hospital Para el primer día de admisión a una UCI para el tratamiento como resultado de una enfermedad/lesión	\$1,000 por día durante un día por año calendario
Confinamiento en la UCI del hospital Por cada día completo o parcial de confinamiento en una UCI como resultado de una enfermedad/lesión	\$150 por día durante 30 días por año calendario a partir del segundo día de confinamiento

Beneficios adicionales de confinamiento	Beneficio del plan
Cuidado del recién nacido Por cada día de confinamiento en un hospital para el cuidado postnatal de rutina después del parto	\$100 por día durante dos días por año calendario

Health Assessment/Wellness Benefit	Beneficio del plan
Beneficio de evaluación de salud Reciba un beneficio en efectivo cada año en el que usted o cualquier miembro de su familia cubierto complete un solo examen, evaluación o vacuna cubierta.	\$50

Enhanced Benefits	Porcentaje de beneficio del plan
Admisión al NICU del hospital Aumenta el beneficio de admisión a la UCI del hospital para la admisión al NICU de un recién nacido en el porcentaje mostrado en el programa de beneficios.	25%
Confinamiento en el NICU del hospital Aumenta el beneficio de confinamiento en la UCI del hospital para el confinamiento en el NICU de un recién nacido en el porcentaje mostrado en el programa de beneficios.	25%

Nota: Recursos Humanos solo puede proporcionar deducciones de nómina para este beneficio. Para presentar reclamaciones o para cualquier pregunta, comuníquese con Lincoln Financial llamando al 800-487-1485.

Enfermedad Crítica



La Enfermedad Crítica puede afectar a cualquier persona en cualquier momento. El seguro de Enfermedad Crítica paga un beneficio al momento del diagnóstico y/o tratamiento de una Enfermedad Crítica específica o cierta categoría de cirugía mayor. Las opciones del plan te permiten elegir la cantidad de cobertura que necesitas.

La razón detrás de una póliza de Enfermedad Crítica es que alguien con cobertura de salud proporcionada por el empleador y cobertura por discapacidad aún podría incurrir en una gran cantidad de costos en copagos, deducibles, coseguros y artículos no cubiertos en caso de una Enfermedad Crítica.

Las pólizas de Enfermedad Crítica ayudan a pagar estos gastos y ayudan a alguien durante su recuperación al pagarle al asegurado un beneficio en efectivo.

Tasa mensual de prima por cada \$1,000 de seguro de enfermedades graves del asegurado.	
Edad	Tasa
17-19	\$0.648
20-29	\$0.648
30-39	\$1.008
40-49	\$1.841
50-59	\$3.494
60-69	\$6.489
70+	\$6.489

Condiciones Suplementarias	Porcentaje de Beneficio
Enfermedad avanzada de ALS/Lou Gehrig	100%
Enfermedad avanzada de Alzheimer	25%
Enfermedad avanzada de Parkinson	25%
Tumor cerebral benigno	100%
Pérdida de la vista, audición y/o habla	100%

Condiciones suplementarias	Porcentaje de Beneficio
Parálisis Cerebral	100%
Labio hendido, Paladar hendido	100%
Fibrosis quística	100%
Síndrome de Down	100%
Distrofia Muscular	100%
Espina Bífida	100%
Diabetes tipo 1	100%

Evaluación de salud/beneficio de bienestar	Su Beneficio en Efectivo
Recibe un beneficio en efectivo cada año que usted y cualquiera de sus familiares cubiertos completan un único examen o evaluación cubierto.	\$50

Condiciones cubiertas	Porcentaje de Beneficio
Infarto de miocardio	100%
Paro cardíaco repentino que resulta en la muerte	100%
Ataque	100%
Cáncer invasivo	100%
Insuficiencia renal (riñón) en etapa terminal	100%
Insuficiencia de órganos importantes (corazón, pulmón, hígado, páncreas o intestino)	100%
Enfermedad arterial/vascular	25%
Cáncer no invasivo (in situ)	100%

Nota: Recursos Humanos solo puede proporcionar deducciones de nómina para este beneficio. Para presentar reclamaciones o para cualquier pregunta, comuníquese con Lincoln Financial llamando al 800-487-1485.



SEGURO DE VIDA ENTERA COLECTIVO y beneficios de Living Care



Protéjase toda la vida

Muchas personas adquieren un seguro de vida para brindar protección financiera a quienes quedan luego de su partida. ¿Y si su seguro de vida también pudiera proporcionar beneficios si sufre una afección médica permanente y necesita la atención continua de un familiar o de un cuidador profesional?

Valor del seguro de vida entera

- Seguro de vida permanente
- Beneficios de Living Care para enfermedades crónicas
- Primas garantizadas y beneficios por muerte
- Acumula valor en efectivo¹
- Primas deducidas de la nómina
- Puede llevarse la cobertura si cambia de trabajo o se jubila, y se le facturará directamente a usted en su hogar

El plan Whole Life & Living Care de Atlantic American combina las garantías del seguro de vida permanente con los beneficios de la protección del cuidado de la vida. Nuestros beneficios de cuidado de la vida pueden ayudarle cuando necesite ocuparse de los gastos continuos que surjan de una afección médica crónica.

Este producto de vida híbrido es ideal si desea:

- Dejar un beneficio por muerte a sus seres queridos después de morir
- Proporcionar beneficios por los costosos gastos asociados con la atención, especialmente durante períodos prolongados
- Cobertura de por vida, que continúa durante la jubilación sin un aumento en las primas

¿Cómo pueden ayudarle los beneficios de Living Care?



¹ El acceso a los valores en efectivo mediante préstamos o rescates parciales reducirá el valor en efectivo y el beneficio por fallecimiento de la póliza, aumentará las posibilidades de que la póliza caduque y podría dar lugar a una responsabilidad fiscal si la póliza finaliza antes del fallecimiento del asegurado.

SEGURO DE VIDA ENTERA COLECTIVO

El ABC de los beneficios de Living Care¹

Las enfermedades crónicas a largo plazo pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de una persona, tanto física como económicamente. Estos tipos de enfermedades a menudo requieren tratamiento y atención médica continuos, lo que puede ser costoso y económicamente devastador para las personas y sus familias. El plan Whole Life de Atlantic American le permite acceder a una parte de sus beneficios de seguro de vida mientras vive. A esto lo llamamos Living Care.

Es posible que no tenga una enfermedad a largo plazo en este momento, pero consideremos cómo podría usar un plan de seguro de vida híbrido.

El ABC de Living Care¹

Ejemplo de elección:

Vida entera
\$70,000

Cuidado de la vida
6.25% hasta 32 meses

Devolución
posterior a la
muerte

A

¿Qué sucede si necesita atención por una enfermedad a largo plazo?

Puede utilizar nuestro beneficio de Living Care con un **beneficio mensual de hasta \$4,375** durante un máximo de **32 meses**.

Cuando usted fallece, su beneficiario recibe de todas maneras un **beneficio por fallecimiento, que puede ser del 50% o de \$35,000.**

Úselo todo y recupérese

B

¿Qué sucede si necesita atención durante un período breve?

Podría tener una enfermedad grave que requiera cuidados durante un breve período. **Usted usa solo \$28,000** para su cuidado antes de fallecer.

El resto de su póliza, **\$42,000**, se paga a su beneficiario como **beneficio por fallecimiento.**

Use una parte y deje otra

C

Podría fallecer sin necesitar nunca atención médica

La totalidad del monto nominal de **\$100,000** de su póliza se pagará como **beneficio por fallecimiento** a sus beneficiarios.

Deje todo como legado

¹ El beneficio de cuidado de la vida es un adelanto del beneficio por fallecimiento y no es un seguro de cuidado a largo plazo. Comienza a pagar después de 90 días de internación o servicios, y para reunir los requisitos debe cumplir con las condiciones de elegibilidad para los beneficios. Es posible que se aplique una limitación por afecciones preexistentes. Es posible que los beneficios de vida no estén disponibles en todos los estados o que su nombre sea diferente. Consulte su póliza para obtener los detalles completos. Este ejemplo hipotético no garantiza ni predice el rendimiento real. Este es un ejemplo con fines ilustrativos únicamente. Los importes reales de las pólizas y los pagos dependerán de los beneficios comprados, de los beneficios por muerte y de los beneficios de vida.

SEGURO DE VIDA ENTERA COLECTIVO

Resumen de los beneficios

El plan de seguro de vida entera colectivo de Atlantic American Employee Benefits incluye los beneficios que se indican a continuación. Cada beneficio está sujeto a las condiciones de pago que se detallan en el certificado.



INFORMACIÓN DEL PLAN

Disponible para	EDADES DE EMISIÓN	MONTO DEL BENEFICIO
Empleado	18-70	Hasta \$100,000, en incrementos de \$10,000
Cobertura del cónyuge*	18-65	Hasta \$30,000, en incrementos de \$10,000; hasta el 100% de lo que el empleado haya elegido. Según la edad del cónyuge.
Cobertura de dependientes*	15 días-25 años	\$10,000; hasta el 100% de lo que el empleado haya elegido. El anexo de seguro a plazo fijo continúa hasta los 26 años, momento en el que pueden optar por pasar a una póliza individual, de hasta 5 veces el monto de cobertura del hijo, sobre la base de una emisión garantizada.

DETALLES ADICIONALES DEL PLAN

Portabilidad	Incluida
--------------	----------

ANEXOS

Empleado	Anexo de beneficio por muerte acelerada por enfermedad terminal: el asegurado puede recibir hasta el 50% del monto nominal elegido durante su vida cuando se le diagnostica una enfermedad terminal con una esperanza de vida de 12 meses o menos.
	Anexo de exención de prima: las primas del plan son exoneradas durante el período de discapacidad cuando el asegurado ha estado discapacitado durante 6 meses. Incluida en las emisiones de 18 a 65 años; finaliza a los 70 años.
	Anexo de beneficio por muerte acelerada por enfermedad crónica, con anexo de extensión de beneficios: se ofrece un beneficio mensual del 6.25%, hasta un 200% del monto nominal del certificado.
Cónyuge	Anexo de devolución de beneficios: se recupera el 50% del beneficio por fallecimiento para el beneficiario en caso de que se agote el anexo de aceleración por enfermedad crónica.
	Anexo de beneficio por muerte acelerada por enfermedad terminal
	Anexo de beneficio por muerte acelerada por enfermedad crónica, con anexo de extensión de beneficios: beneficio mensual del 6.25%, hasta un 200% del monto nominal del certificado.
Dependiente(s)	Anexo de devolución de beneficios: se recupera el 50% del beneficio por fallecimiento para el beneficiario en caso de que se agote el anexo de aceleración por enfermedad crónica.
	Anexo de seguro a plazo fijo para los hijos

Todos los montos de los beneficios son de emisión garantizada.

* Se requiere la cobertura del empleado para elegir la cobertura del cónyuge y/o dependiente.

Exclusiones, limitaciones y otra información del plan

SEGURO DE VIDA ENTERA COLECTIVO

EXCLUSIONES: No se proporciona ningún beneficio para lo siguiente, ni pagaremos ningún gasto incurrido como resultado de una pérdida que sea causada por, o sufrida mientras, o incurrida para, directa o indirectamente: 1) suicidio. Si el asegurado, ya sea sano o insano, muere por suicidio, en el transcurso de dos (2) años* a partir de la fecha de vigencia, nuestra responsabilidad se limitará a un monto equivalente a las primas pagadas por este certificado.

* 1 año en CO, MO, ND.

OTRAS EXCLUSIONES Y LIMITACIONES: La póliza y los anexos tienen otros períodos de eliminación, exclusiones y limitaciones que pueden afectar la cobertura. Consulte su certificado para obtener todos los detalles.

DISPOSICIÓN SOBRE APLAZAMIENTO DE LA FECHA DE VIGENCIA: Atlantic American Employee Benefits pospondrá la fecha de vigencia de un cónyuge/dependiente elegible, que no sea la cobertura de un hijo recién nacido, si en esa fecha: 1) está internado en un hospital o en otro centro de atención médica; 2) está confinado en el domicilio; o 3) no puede realizar dos o más actividades de la vida diaria. En ese caso, pospondremos la fecha de vigencia de su cobertura hasta el día posterior a la fecha: (a) de su alta de dicho centro; (b) en que termine su confinamiento en el domicilio; o (c) en que ya no necesite asistencia para dos o más actividades de la vida diaria. Si un cónyuge/dependiente estaba cubierto por un plan anterior en el momento del reemplazo, este texto no se aplicará al monto de cobertura vigente con el plan anterior.

ENFERMEDAD CRÓNICA ELEGIBLE: Una enfermedad crónica: 1) que fue diagnosticada no más de doce (12) meses antes de la fecha en que recibimos una reclamación de beneficios en virtud de este anexo; 2) que ha continuado mientras este anexo ha estado en vigencia durante al menos noventa (90) días consecutivos; 3) que no fue causada por un trastorno mental o nervioso (excepto trastornos orgánicos demostrables, como Alzheimer o demencia senil), alcoholismo o drogadicción; y 4) que se espera que sea permanente.

OPCIÓN DE PORTABILIDAD: Si usted, como empleado, pierde la elegibilidad para este seguro, la cobertura puede continuar si se nos pagan las primas directamente dentro de los 31 días posteriores a la finalización. Le facturaremos directamente al empleado una vez que recibamos la notificación para continuar con la cobertura.

HIJOS Y NIETOS CUBIERTOS: Los hijos están cubiertos si son hijos naturales, hijastros o adoptados legalmente y son dependientes del empleado. Un nieto está cubierto si el hijo es dependiente del empleado y lo presenta como tal en sus declaraciones de impuestos federales. Los hijos/nietos deben residir en los EE. UU. para recibir cobertura.

CONVERSIÓN: Dentro del período de 31 días posterior a la fecha de vencimiento del seguro a plazo fijo de cada hijo dependiente, dicho seguro a plazo fijo puede convertirse en una nueva póliza de seguro de vida entera sin evidencia de asegurabilidad hasta 5 veces el monto de la cobertura del anexo de seguro a plazo fijo.

VENCIMIENTO DEL SEGURO A PLAZO FIJO PARA HIJOS: El seguro a plazo fijo para cada hijo dependiente vencerá en la primera de las siguientes fechas: 1) el final del mes en que el hijo cumple 26 años; o 2) la fecha en que el certificado vence o pasa a ser pagado por su monto nominal completo.

SEGURO DE VIDA ENTERA COLECTIVO



\$8,910

fue el costo promedio mensual de una habitación privada en un hogar de ancianos en 2021.

<https://bit.ly/3Fflouk>

posibilidad de que una persona que cumple 65 años necesite servicios de atención a largo plazo durante los años restantes.

<https://bit.ly/3uTPdxs>

casi
70%

Formulario de póliza de seguro de vida entera colectivo serie B 21803 GMP, formulario de Anexo de beneficio por muerte acelerada por enfermedad terminal B 21803 R1 ACL, formulario de Anexo de beneficio por muerte acelerada por enfermedad crónica B 21803 R12 CIACL, formulario de Anexo de restauración de beneficios por enfermedad crónica B 21803 R13 ROBCI, formulario de Anexo de extensión de beneficios B 21803 R14 EOBR, formulario de Anexo de seguro a plazo fijo para hijos B 21803 R8 CTR, formulario de Exención de prima por discapacidad B 21803 R9 WPD, y formulario de Anexo de seguro por muerte accidental y desmembramiento B 21803 R10 ADD, suscrito por Bankers Fidelity Life Insurance Company*. Se aplican limitaciones y exclusiones; prevalecen los términos y condiciones de la póliza y las disposiciones del certificado. Consulte la póliza y el certificado específicos para obtener detalles. Es posible que se requiera una solicitud para determinar la elegibilidad. La Póliza, los Anexos opcionales y los beneficios correspondientes están sujetos a disponibilidad y pueden variar según el estado. Este es solo un resumen de los productos y servicios ofrecidos; las ofertas reales pueden variar según el tamaño del grupo y otras consideraciones legales o de suscripción. Esta es una solicitud de seguro y un agente independiente puede llamarle.

© 2023 Atlantic American Employee Benefits. Todos los derechos reservados. Visitenos en aaemployeebenefits.com.

Atención al cliente grupal

(866) 458-7502

groupcustomercare@atlam.com

aaemployeebenefits.com



Fácil acceso a la cobertura

MyCoverage es un sitio web fácil de usar que le permite acceder a información sobre la cobertura y los beneficios las 24 horas del día, los 7 días de la semana, actualizar su perfil y más.

mycoverage.atlam.com



888-628-4824

Programa de asistencia al empleado



¡Su empleador presta este servicio sin costo adicional para usted! Disponible para usted, su cónyuge y sus dependientes.

Tendrá

Acceso telefónico ilimitado a servicios legales, financieros y laborales

Ayuda presencial con problemas a corto plazo

Hasta seis sesiones presenciales por persona, por asunto, por año

Ayuda y apoyo para asuntos personales y laborales

EmployeeConnect PlusSM le da a usted y a sus seres queridos el apoyo, los recursos y la información que necesitan para manejar las demandas de la vida.

GuidanceConsultantsSM

Cuando pasa un momento difícil, hablar con alguien puede hacer una gran diferencia en su estado de ánimo. Usted y sus seres queridos tienen acceso a consejería confidencial de consejeros capacitados para:

- Estrés, ansiedad y depresión
- Conflictos de matrimonio/parejas
- Preguntas sobre la crianza
- Presiones laborales
- Dolor y pérdida
- Abuso de sustancias

GuidanceResources[®] en línea

Siempre que necesite orientación sobre asuntos importantes de la vida, visite GuidanceResources.com o descargue la aplicación móvil *GuidanceNowSM*. Encontrará ayuda sobre relaciones, trabajo, escuela, niños, asuntos legales, financieros y más. Tiene acceso a:

- Artículos oportunos, *HelpSheetsSM*, tutoriales, transmisión de videos y autoevaluaciones
- "Pregunte al experto" respuestas personales a sus preguntas
- Búsquedas de cuidado infantil, cuidado de adultos mayores, abogados y planificadores financieros
- Descuentos en seguros para mascotas y localizador de cuidados

Servicios financieros

Todo el mundo necesita algún asesoramiento financiero de vez en cuando. Con *EmployeeConnect Plus*, puede hablar con un experto financiero de *ComPsych[®]* para analizar:

- Cómo gestionar los retos financieros personales
- Gestión de tarjetas de crédito y deudas
- Elaboración de presupuestos
- Preguntas sobre impuestos
- Financiamiento para la universidad
- Planificación patrimonial
- Opciones de inversión
- Hipotecas, préstamos y refinanciaciones
- Planificación de la jubilación

EmployeeConnect PlusSM

SERVICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO

24/7. Llame al 855-327-4463 o visítenos en línea en www.GuidanceResources.com (ID de la web= Lincoln)

- Familia
- Emociones
- Relaciones
- Crianza
- Asuntos legales
- Estrés
- Adicciones
- Asuntos financieros

Tenga en cuenta que este es un beneficio pagado por la empresa y que se proporciona sin costo alguno para usted.





BENEFICIOS COLECTIVOS

Respuestas cuando más las necesita

Servicios legales de EmployeeConnect PlusSM

Cuando necesita ayuda legal...

Puede recurrir a *EmployeeConnect Plus* para obtener orientación.¹ Simplemente llame a *EmployeeConnect Plus* para comunicarse con un GuidanceConsultantSM que hablará con usted sobre su situación específica y programará una cita telefónica con un abogado del personal de ComPsych®. Si necesita ayuda más inmediata, pueden ponerlo en una cola para hablar con un abogado del personal tan pronto como haya uno disponible.

Si también necesita representación en persona, puede recibir una referencia a un abogado calificado en la red *EmployeeConnect Plus*.

Sus servicios legales de *EmployeeConnect Plus*SM incluyen:

Acceso telefónico ilimitado a un abogado del personal de ComPsych®

Una consulta gratis de 30 minutos con un abogado de la red local, por cada asunto legal

25% de descuento en los honorarios legales habituales de los abogados de la red

Obtenga ayuda para:

- Asuntos de derecho de familia, incluyendo divorcio, custodia, manutención infantil y adopción.
- Quiebra y problemas de crédito
- Problemas entre propietario e inquilino, incluyendo cuestiones de desalojo y arrendamiento
- Acciones civiles y cuestiones judiciales de menor cuantía
- Preocupaciones sobre inmigración
- DUI/DWI
- Testamentos y testamentos vitales
- Fideicomisos
- Cambios de nombre
- Contratos
- Asuntos sucesorios

¹Quedan excluidas las cuestiones relacionadas con el empleo.



Llame o haga clic en cualquier momento para acceder a sus servicios

Llame al: 1-855-327-4463

TDD: 1-800-697-0353

Vaya a: Recursos de orientación.com

ID web de su empresa: Lincoln

Productos de seguros comercializados por:
The Lincoln National Life Insurance Company
Lincoln Life & Annuity Company of New York

GP-LEGAL-FLI001_Z01

Página 1 de 2



Asesoramiento financiero objetivo e imparcial

Servicios financieros de EmployeeConnect PlusSM

Cuando necesita orientación financiera...

Puede recurrir a *EmployeeConnect Plus* para obtener orientación. Simplemente llame a *EmployeeConnect Plus* para hablar con un GuidanceConsultantSM que hablará con usted sobre su situación específica y programará una cita telefónica con un experto financiero de ComPsych[®]. Tendrá acceso a un personal interno que incluye contadores públicos certificados (CPA), planificadores financieros certificados (CFP) y otros profesionales que se dedican exclusivamente a proporcionar información financiera por teléfono.

Y como nuestros expertos no están asociados a ninguna institución financiera, tiene la seguridad de que le darán información imparcial y objetiva sobre sus temas financieros.

Los expertos financieros de nuestra plantilla pueden ayudarle con:

- La gestión los retos financieros personales
- Tarjetas de crédito y gestión de deudas
- Elaboración de presupuestos
- Preguntas sobre impuestos
- Financiamiento para la universidad
- Planificación de la jubilación
- Planificación patrimonial
- Preguntas sobre bienes raíces
- Opciones de inversión
- Hipotecas, préstamos y refinanciaciones



Llame o haga clic en cualquier momento para acceder a sus servicios

Llame al: 1-855-327-4463

TDD: 1-800-697-0353

Vaya a: Recursos.de.orientación.com

ID web de su empresa: Lincoln

Productos de seguros comercializados por:
The Lincoln National Life Insurance Company
Lincoln Life & Annuity Company of New York



BENEFICIOS COLECTIVOS

Recursos y soluciones para los desafíos cotidianos

Servicios de conciliación de la vida laboral y personal EmployeeConnect PlusSM

Especialistas en conciliación de vida laboral y familiar a su servicio

Todo el mundo tiene problemas que resolver, en casa y en el trabajo. Los servicios de *EmployeeConnect Plus* pueden ayudar. Cuando llame a *EmployeeConnect Plus*, se conectará con un *GuidanceConsultantSM* que hablará con usted sobre sus necesidades específicas. Los especialistas en equilibrio entre vida laboral y personal investigarán su pregunta y en tan solo unos días laborables le enviarán un paquete de información práctica, incluyendo derivaciones preseleccionadas (si es necesario), *HelpSheetsSM* sobre su tema y mucho más. Puede recibir estos materiales por correo electrónico, fax o envío aéreo el segundo día.

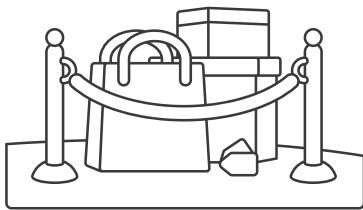


¿Usted:	Puede obtener información y ayuda sobre:	
Es un padre que busca respuestas a preguntas sobre la crianza de los hijos?	- Cuidado infantil - Servicios de niñera - Cuidado antes y después de la escuela	- Campamentos - Asistencia financiera - Adopción
Es un familiar de un anciano?	- Atención médica en casa - Cuidado de relevo - Servicios comunitarios - Ayuda para determinar el nivel adecuado de atención	- Derivaciones seleccionadas para asilos de ancianos y de vida asistida - Hospicio
Busca un lugar para vivir?	- Encontrar un apartamento - Encontrar empresas de mudanzas - Mudarse a otra ciudad	- Elegir un agente inmobiliario - Escuela y barrio - Asistencia para vivienda y servicios públicos
Tiene una mascota?	- Paseadores de perros - Perreras y cuidado de mascotas - Veterinarios	- Clases de obediencia - Seguro para mascotas
Envía a un niño a la escuela?	- Cómo elegir escuelas, desde preescolar hasta la universidad y más allá - Ayuda financiera	- Becas - Tutores - Necesidades especiales
Está planeando un proyecto importante?	- Bodas y otros evento - Proyectos de mejoras para el hogar	- Planificación de vacaciones - Hacer una compra importante, como una casa o un automóvil.

Productos de seguros comercializados por:
The Lincoln National Life Insurance Company
Lincoln Life & Annuity Company of New York



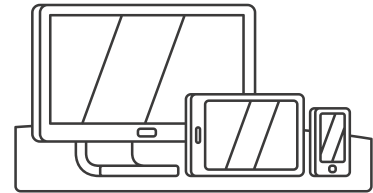
Welcome to Your YellaWood Discount Program



Exclusive Discounts from
Your Favorite Brands



30,000 National and
Local Offers



Designed for Your Device
of Choice

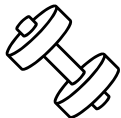
Start by signing up or logging in at
yellawood.perkspot.com with access code:
YellaPerks

Access at work, home, or on the go and browse
thousands of discounts!

Keep an eye out for new featured discounts in
your weekly email.



TRAVEL



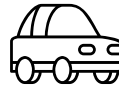
GYMS



CELL PHONES



RESTAURANTS



AUTO



APPAREL



ELECTRONICS

Get Started Today!

yellawood.perkspot.com

Take Advantage of Your Learning Partner Tuition Discount



Learning Partner
10% Tuition
Discount



Why CSU?

At Columbia Southern University, we bring the classroom to you. Progress through assignments completely online when it's convenient for you. No required login times and you can access your course 24/7.

CSU Offers

- » Complimentary Evaluation of Prior Education and Training
- » eTextbooks Provided at No Cost
- » Flexible Learning
- » Math and Writing Assistance
- » No Application Fee
- » No ACT, SAT, GRE, GMAT Required
- » Multiple Course Schedule Options
- » Career Services

Graduate & Undergraduate Tuition Rates

	Tuition Per Credit Hour	Learning Partners ¹ Per Credit Hour
Undergraduate Courses*	\$278.00	\$250.20
Graduate Courses*	\$359.00	\$323.10
Doctoral Courses	\$561.00	\$504.90

Tuition rate effective July 1, 2025. Rates are per credit hour. Most courses are three (3) credit hours. Tuition and fees are payable in U.S. funds. Tuition Rates are subject to change. For the most current tuition information, visit www.ColumbiaSouthern.edu/Financial.

*The undergraduate and graduate tuition rate for all active-duty military using military tuition assistance is \$250 per credit hour. (Discount not applicable for Learning Partners.) The lower rate is offered to keep the tuition rate at the DoD cap of \$250.

¹CSU Learning Partners receive a tuition discount that is applied to the full tuition rate.

A technology fee of \$35 per undergraduate course, \$45 per graduate course and \$60 per doctoral course will be applied to tuition. Technology fees do not apply to active-duty U.S. service members.

Online Degree Programs

Columbia Southern University offers **online associate, bachelor's, master's and doctoral degree programs** in a variety of majors and concentrations including:

- » Accounting
- » Business
- » Criminal Justice
- » Cyber Security
- » Education
- » Emergency Management
- » Emergency Medical Services
- » Environmental Management
- » Fire Science
- » Forensic Investigation
- » Health Care
- » Homeland Security
- » Human Resources
- » Human Services
- » Information Technology
- » Military Studies
- » Nursing
- » Occupational Safety & Health
- » Organizational Leadership
- » Psychology
- » Public Administration
- » Public Health



For a complete listing of online degree programs, concentrations, certificates and micro-credentials, visit ColumbiaSouthern.edu.



For more information about your Learning Partner benefits or our online degree programs, contact your dedicated learning partner representative.



Jim Forsythe

✉ Jim.Forsythe@ColumbiaSouthern.edu

☎ 800.977.8449 ext. 1860

🌐 ColumbiaSouthern.edu/Partners

Multiple factors, including prior experience, geography and degree field, affect career outcomes. CSU does not guarantee a job, promotion, salary increase, eligibility for a position, or other career growth. Any reference to United States Department of Defense (DoD) personnel, products or services does not constitute or imply endorsement by the DoD.

5/13/2025



**MarshMcLennan
Agency**

Asistentes de Beneficios para con los que puede confiar

Marsh McLennan Agency le brinda a usted y a los miembros de su familia un servicio gratuito de reclamos para miembros para ayudarlo con reclamos, facturación, tarjetas de identificación faltantes y más!

Llame al defensor de reclamaciones de los miembros si:



Recibió una factura de proveedor o EOB pero no siento que el reclamo fue procesado correctamente.



Está en el médico o en la farmacia y tiene problemas con su cobertura.



Debe confirmar si un proveedor está dentro de la red.



Le falta su tarjeta de identificación.

Puede comunicarse con el equipo de defensores de reclamos de miembros por teléfono o correo electrónico.

De lunes a viernes, de 8:15 a. m. EST a 5:15 p. M. EST
Email: mmajslbene_itclaims@MarshMMA.com
Llamada Gratuita: (800) 226-4518

Asistencia con las Primas Bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

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

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

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

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

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

ALABAMA – Medicaid

Sitio web: <http://myalhipp.com/>
Teléfono: 1-855-692-5447

ALASKA – Medicaid

El Programa de Pago de AK primas del seguro médico
Sitio web: <http://myakhipp.com/>
Teléfono: 1-866-251-4861
Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com
Elegibilidad de Medicaid: <https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx>

ARKANSAS – Medicaid

Sitio web: <http://myarhipp.com/>
Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

CALIFORNIA – Medicaid

Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP)
Sitio web: <http://dhcs.ca.gov/hipp>
Teléfono: 916-445-8322
Fax: 916-440-5676
Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

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://hcpf.colorado.gov/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

FLORIDA – Medicaid

Sitio web: <https://www.flmedicaidtprerecovery.com/flmedicaidtprerecovery.com/hipp/index.html>
Teléfono: 1-877-357-3268

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

INDIANA – Medicaid

Programa de pago de primas de seguro de salud Todos los demás son Medicaid
Sitio web: <https://www.in.gov/medicaid/>
<http://www.in.gov/fssa/dfr/>
Administración de Servicios Familiares y Sociales
Teléfono: 1-800-403-0864
Teléfono de Servicios para Miembros: 1-800-457-4584

IOWA – Medicaid and CHIP (Hawki)

Sitio web de Medicaid: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid>
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
<https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp>
Teléfono HIPP: 1-888-346-9562

KANSAS – Medicaid

Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/>
Teléfono: 1-800-792-4884
Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660

KENTUCKY – Medicaid

Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP):
<https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihapp.aspx>
Teléfono: 1-855-459-6328
Correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov
Sitio web de KCHIP: <https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx>
Teléfono: 1-877-524-4718
Sitio web de Medicaid de Kentucky: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms>

LOUISIANA – Medicaid

Sitio web: www.medicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp
Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) or 1-855-618-5488 (LaHIPP)

MAINE – Medicaid

Sitio web de inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US
Teléfono: 1-800-442-6003
TTY: retransmisión de Maine 711
Página web por primos de seguro de salud privado: <https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>
Teléfono: 1-800-977-6740
TTY: retransmisión de Maine 711

Asistencia con las Primas Bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP

Sitio web: <https://www.mass.gov/masshealth/pa>

Teléfono: 1-800-862-4840

TTY: 711

Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com

MINNESOTA – Medicaid

Sitio web: <https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/>

Teléfono: 1-800-657-3672

MISSOURI – Medicaid

Sitio web: <http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm>

Teléfono: 573-751-2005

MONTANA – Medicaid

Sitio web: <http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>

Teléfono: 1-800-694-3084

Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov

NEBRASKA – Medicaid

Sitio web: <http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>

Teléfono: 1-855-632-7633

Lincoln: 402-473-7000

Omaha: 402-595-1178

NEVADA – Medicaid

Medicaid Sitio web: <http://dhcfp.nv.gov>

Medicaid Teléfono: 1-800-992-0900

NEW HAMPSHIRE – Medicaid

Sitio web: <http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/>

Teléfono: 603-271-5218

Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218

Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

NEW JERSEY – Medicaid and CHIP

Sitio web de Medicaid: <http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clientes/medicaid/>

Teléfono: 1-800-356-1561

Teléfono de asistencia CHIP Premium: 609-631-2392

Sitio web de CHIP: <http://www.njfamilycare.org/index.html>

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

NEW YORK – Medicaid

Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/

Teléfono: 1-800-541-2831

NORTH CAROLINA – Medicaid

Sitio web: <https://medicaid.ncdhhs.gov/>

Teléfono: 919-855-4100

NORTH DAKOTA – Medicaid

Sitio web: <https://www.hhs.nd.gov/healthcare>

Teléfono: 1-844-854-4825

OKLAHOMA – Medicaid and CHIP

Sitio web: <http://www.insureoklahoma.org>

Teléfono: 1-888-365-3742

OREGON – Medicaid

Sitio web: <http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx>

Teléfono: 1-800-699-9075

PENNSYLVANIA – Medicaid

Sitio web: <https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-paid-program-hipp.html>

Teléfono: 1-800-692-7462

Sitio web de CHIP:

<https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html>

Teléfono CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)

RHODE ISLAND – Medicaid and CHIP

Sitio web: <http://www.eohhs.ri.gov/>

Teléfono: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct Rlte Share Line)

SOUTH CAROLINA – Medicaid

Sitio web: <https://www.scdhhs.gov>

Teléfono: 1-888-549-0820

SOUTH DAKOTA – Medicaid

Sitio web: <http://dss.sd.gov>

Teléfono: 1-888-828-0059

TEXAS – Medicaid

Sitio web: <https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/asistencia-financiera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico>

Teléfono: 1-800-440-0493

UTAH – Medicaid and CHIP

Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Sitio web: <https://medicaid.utah.gov/upp/>

Por correo electrónico: upp@utah.gov

Teléfono: 1-888-222-2542

Sitio web de expansión para adultos:

<https://medicaid.utah.gov/expansion/>

Sitio web del programa de compra de Medicaid de Utah:

<https://medicaid.utah.gov/buyout-program/>

Sitio web de CHIP: <https://chip.utah.gov/espanol/>

VERMONT– Medicaid

Sitio web: <https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program>

Teléfono: 1-800-250-8427

VIRGINIA – Medicaid and CHIP

Sitio web: <https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select>

<https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs>

Medicaid/CHIP Teléfono: 1-800-432-5924

WASHINGTON – Medicaid

Sitio web: <https://www.hca.wa.gov/>

Teléfono: 1-800-562-3022

WEST VIRGINIA – Medicaid

Sitio web: <https://dhhr.wv.gov/bms/>

<http://mywvhipp.com/>

Teléfono de Medicaid: 304-558-1700

Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699- 8447)

WISCONSIN – Medicaid and CHIP

Sitio web:

<https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm>

Teléfono: 1-800-362-3002

WYOMING – Medicaid

Sitio web: <https://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 julio de 2025, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.

Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados

www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol

1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.hhs.gov

1-877-267-2323, opción de menú 4, ext. 61565

Avisos Importantes de Cuidado de Salud



Ley de los Derechos de Salud de Mujer y Cáncer

Según la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer, una participante o beneficiario del plan que elige la reconstrucción mamaria en relación con una mastectomía cubierta también tiene derecho a los siguientes beneficios::

- Todos los estados de reconstrucción del seno donde se realizó la mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica; y
- Prótesis y tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfedemas.

Los planes de salud deben proporcionar cobertura de los beneficios relacionados con la mastectomía de una manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente. La cobertura para la reconstrucción mamaria y los servicios relacionados están sujetos a deducibles y montos de coseguro que son consistentes con los que se aplican a otros beneficios del plan.

Aviso de la póliza de indemnización fija

IMPORTANTE: Esta es una póliza de indemnización fija, **NO** un seguro médico

Esta póliza de indemnización fija podría pagarle una cantidad en dólares limitada si se enferma o lo hospitalizan. Usted aún es responsable de pagar el costo de su atención.

- El pago que usted recibe no se basa en la cantidad de su factura médica.
- Podría haber un límite en la cantidad que esta póliza pagará cada año.
- Esta póliza no sustituye un seguro médico integral.
- Como esta póliza no es un seguro médico, no tiene que incluir la mayoría de las protecciones federales del consumidor que aplican a los seguros médicos.

¿Anda en busca de un seguro médico integral?

- Visite **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 empleo, o del empleo de un miembro de su familia, comuníquese con el empleador.

¿Tiene preguntas sobre esta póliza?

- Si tiene preguntas o quejas sobre esta póliza, comuníquese con el Departamento de Seguros estatal. Puede encontrar su número en el sitio web de la Asociación de Comisionados de Seguros (Association of Insurance Commissioners) (naic.org) bajo “Insurance Departments” (Departamentos de seguros).
- Si obtiene esta póliza a través de su empleo, o del empleo de un miembro de su familia, comuníquese con el empleador.

Aviso de la Parte D de Medicare: Cobertura de Medicamentos Recetados y Medicare

Lea este aviso detenidamente y conserve donde lo puedas encontrar. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con GSWP, sus afiliados y subsidiarias y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no unirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados al final de este aviso.

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

- La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todos los que tienen Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o si se inscribe en Medicare Advantage Plan (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
- Great Southern Wood Preserving, Incorporated, sus filiales y subsidiarias ha determinado que los planes de

medicamentos recetados administrados por EBMS, se espera que, en promedio para todos los participantes del plan, paguen tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es Cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si luego decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo Puede Inscribirse en un Plan de Medicamentos de Medicare? Puedes unirse a un medicamento de Medicare cuando sea elegible para Medicare y cada año del 15 de Octubre al 7 de Diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual de medicamentos recetados, por causas ajenas, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para poder unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare? Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de Great Southern Wood Preserving, Incorporated, sus filiales y subsidiarias no se verá afectada. Sin embargo, si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare y abandonar su cobertura actual de Great Southern Wood Preserving, Incorporated, es una cobertura de afiliados y subsidiarias, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar esta cobertura.

Aviso de la Parte D de Medicare: Cobertura de Medicamentos Recetados y Medicare

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

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con Great Southern Wood Preserving, Incorporated, sus afiliados y subsidiarios y no se une a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, usted puede pagar una prima más alta (una multa) por unirse a un plan de medicamentos de Medicare después.

Si usted pasa 63 días seguidos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede subir por lo menos el 1% de la prima base de Medicare por mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente por lo menos un 19% más que la prima del beneficiario base de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (una multa) siempre que tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que deba esperar hasta el siguiente Octubre para poder unirse.

Para obtener más Información Sobre este Aviso o su Cobertura Actual de Medicamentos Recetados ... Comuníquese con nuestra oficina para obtener más información. NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en el que puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de Great Southern Wood Preserving,

Incorporated, sus afiliados y subsidiarios cambian. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más Información Sobre Sus Opciones Bajo la Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare

... Para obtener más información detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados, consulte “Medicare y Usted” manual. Medicare le mandará una copia del manual por correo todos los años. También puedes ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

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

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

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

Modelo de Aviso General de Derechos de Continuación de Cobertura de COBRA

Continuación de Derechos de Cobertura bajo COBRA

Introducción

Recibió este aviso porque recientemente obtuvo cobertura bajo un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. Este aviso explica la continuación de la cobertura de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y lo que necesita hacer para proteger su derecho a obtenerlo. Cuando sea elegible para COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA.

El derecho a la continuación de la cobertura de COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La continuación de la cobertura de COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud grupal terminaría. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la ley federal, debe revisar la Descripción resumida del Plan o comunicarse con el Administrador del plan.

Es posible que tenga otras opciones disponibles cuando pierda la cobertura de salud grupal. 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, puede calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y costos de bolsillo más bajos. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el cual es elegible (como el plan de un cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

¿Qué es Cobertura de Continuación de COBRA?

La continuación de la cobertura de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando, de otro modo, finalizaría debido a un evento de la vida. Esto también se llama un “evento de calificación”. Los eventos específicos que califican se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento calificativo, se debe ofrecer la continuación de cobertura COBRA a cada persona que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si la cobertura del Plan se pierde debido al evento de clasificación. Bajo el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de la cobertura de COBRA debe pagar por la continuación de la cobertura COBRA.

Si es un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificativos:

- Se reducen sus horas de trabajo, o
- Su empleo termina por cualquier motivo que no sea su falta grave.

Si es el cónyuge de un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificativos:

- Su cónyuge muere;
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge termina por cualquier motivo que no sea su
- su mala conducta grave;
- Su cónyuge adquiere derecho a los beneficios de Medicare (en la Parte
- A, Parte B o ambas); o
- Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.
- Muere el padre-empleado;
- Se reducen las horas de trabajo del padre-empleado;
- El empleo del padre-empleado finaliza por cualquier motivo distinto
- que su mala conducta grave;
- El padre-empleado adquiere derecho a 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”.

Modelo de Aviso General de Derechos de Continuación de Cobertura de COBRA

Continuación de Derechos de Cobertura bajo COBRA

Cuando está disponible la cobertura de Continuación de COBRA

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

- El fin del empleo o la reducción de horas de empleo;
- Muerte del empleado;
- Que el empleado tenga derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos calificativos (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge o la pérdida de la elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores a la ocurrencia del evento calificador. Debe proporcionar este aviso a Melinda Howle.

¿Cómo se proporciona la Cobertura de la Continuación de COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan recibe la notificación de que ha ocurrido un evento que califica, se ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá el derecho independiente de elegir la continuación de la cobertura de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de la cobertura de COBRA es una continuación temporal de la cobertura que generalmente dura 18 meses debido a la terminación del empleo o la reducción de las horas de trabajo. Ciertos eventos que califican, o un segundo evento que califica durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas en las que este período de 18 meses de COBRA la continuación de la cobertura se puede ampliar:

Extensión por discapacidad del período de 18 meses de la continuación de cobertura de COBRA: Si el Seguro Social determina que usted o cualquier miembro de su familia cubierto por el Plan está discapacitado y usted notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de cobertura COBRA., por un máximo de 29 meses. La discapacidad debería haber comenzado en algún momento antes el día 60 de la continuación de la cobertura de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la continuación de la cobertura de COBRA.

La discapacidad debe haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de la cobertura de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la continuación de la cobertura de COBRA. Cualquier extensión de discapacidad debe enviarse a Admin America.

Segunda extensión de evento calificado del periodo de continuación de cobertura de 18 meses: Si su familia experimenta otro evento que califica durante los 18 meses de la continuación de la cobertura de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de la continuación de la cobertura de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se notifica adecuadamente al Plan sobre el segundo evento de clasificación. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la cobertura de continuación de COBRA si el empleado o ex empleado fallece; adquiere derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento calificado hubiera causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura bajo el Plan si no hubiera ocurrido el primer evento calificado.

¿Existen otras opciones de Cobertura además de la Cobertura de Continuación COBRA?

Si. En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de seguros médicos, Medicare, Medicaid, el Programa de seguro médico para niños (CHIP) u otras opciones de cobertura de planes de salud grupales (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se denomina un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

Modelo de Aviso General de Derechos de Continuación de Cobertura de COBRA

Continuación de Derechos de Cobertura bajo COBRA

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la continuación de la cobertura de COBRA después de que finalice la cobertura de mi plan de salud grupal?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando primero es elegible porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, comenzando el primero de

- El mes posterior a la finalización de su empleo; o
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de salud grupal basada en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y elige la continuación de la cobertura de COBRA, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte B y es posible que tenga una brecha en la cobertura si decide que desea la Parte B más adelante. Si elige la continuación de la cobertura de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la continuación de la cobertura de COBRA, el Plan puede cancelar su continuación de la cobertura. Sin embargo, si Medicare Parte A o B entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura de COBRA no puede interrumpirse debido al derecho de Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de COBRA. cobertura.

Si está inscrito tanto en la cobertura de continuación de COBRA como en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador principal) y la cobertura de continuación de COBRA pagará en segundo lugar. Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si no está inscrito en Medicare.

Para más información visite <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

Si tienes preguntas

Preguntas sobre su Plan o sus derechos de continuación de cobertura COBRA deben dirigirse a los contactos identificados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos bajo la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, y otras leyes que afectan 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) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en tu zona o visita www.dol.gov/agencies/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y distritales de EBSA están disponibles a través del sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el mercado, visite www.healthcare.gov.

Mantenga su plan informado sobre cambios a su dirección

Para proteger los derechos de su familia, informe al administrador del plan sobre cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. También debe guardar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan.

Información de Contacto del plan

EBMS

406-869-5555

Great Southern Wood Preserving, Inc., Aviso de Prácticas de Privacidad de Plan de Beneficios de Bienestar de sus Afiliados y Subsidiarios

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.

El Compromiso de Nuestra Empresa con Usted: Este aviso tiene la intención de informarle sobre las prácticas de privacidad seguidas por Great Southern Wood Preserving, Incorporated, es un plan de beneficios de bienestar de afiliados y subsidiarios (el Plan) y las obligaciones legales del Plan con respecto a la protección de su información de salud bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA). El aviso también explica los derechos de privacidad que usted y los miembros de su familia tienen como participantes del Plan. Es efectivo el 22 de Septiembre de 2013.

El Plan a menudo necesita acceso a su información de salud protegida para poder pagar los servicios de salud y realizar las funciones administrativas del plan. Queremos asegurarles a los participantes cubiertos por el Plan que cumplimos con las leyes de privacidad federales y respetamos sus derechos a la privacidad. GSWP, sus afiliados y subsidiarios requieren que todos los miembros de nuestra fuerza laboral y contratistas que tienen acceso a su información de salud protegida cumplan con las prácticas de privacidad descritas a continuación.

Información de Salud Protegida: Su información de salud protegida está protegida por la Ley de Privacidad de HIPAA. En general, la información de salud protegida es información que identifica a una persona creada o recibida por un proveedor de atención médica, un plan de salud o un empleador en nombre de un plan de salud grupal que se relaciona con afecciones de salud física o mental, prestación de atención médica o pago por cuidado de salud, ya sea pasado, presente o futuro.

Cómo Podemos Usar su Información de Salud Protegida: Según la Regla de privacidad de HIPAA, podemos usar o divulgar su información de salud protegida para ciertos fines sin su permiso. Esta sección describe las formas en que podemos usar y divulgar su información de salud protegida.

Pagos. Usamos o divulgamos su información de salud protegida sin su autorización por escrito para determinar la elegibilidad para los beneficios, buscar el reembolso de un contratista o coordinar los beneficios con otro plan de salud bajo el cual está cubierto. Por ejemplo, un proveedor de atención médica que le brindó tratamiento nos proporcionará su información de salud. Utilizamos esa información para determinar si esos servicios son elegibles para el pago bajo nuestro plan de salud grupal.

Operaciones de Atención Médica. Usamos y divulgamos su información de salud protegida para realizar funciones de administración del plan, tales como actividades de garantía de calidad, resolución de reclamos internos y evaluación del desempeño del plan. Por ejemplo, revisamos la experiencia de las reclamaciones para comprender la utilización de los participantes y realizar cambios en el diseño del plan destinados a controlar los costos de atención médica.

Sin embargo, tenemos prohibido usar o divulgar información de salud protegida que sea información genética para nuestros

propósitos de suscripción.

Tratamiento. Aunque la ley permite el uso y divulgación de su información de salud protegida para fines de tratamiento, como plan de salud generalmente no necesitamos divulgar su información para fines de tratamiento. Se requiere que su médico o proveedor de atención médica le brinde una explicación de cómo usan y comparten su información médica para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Según lo permitido o requerido por la ley. También podemos usar o divulgar su información de salud protegida sin su autorización por escrito por otros motivos según lo permita la ley. La ley nos permite compartir información, sujeta a ciertos requisitos, con el fin de comunicar información sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés, responder a una orden judicial o proporcionar información para otras actividades de salud pública (por ejemplo, evitar la propagación de enfermedad) sin su autorización por escrito. También se nos permite compartir información de salud protegida durante una reestructuración corporativa, como una fusión, venta o adquisición. También divulgaremos información de salud sobre usted cuando lo requiera la ley, por ejemplo, para evitar daños graves a usted u otros.

De conformidad con su Autorización. Cuando lo exija la ley, le pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información de salud protegida. Los usos y divulgaciones no descritos en este aviso solo se realizarán con su autorización por escrito. Sujeto a algunas excepciones limitadas, se requiere su autorización por escrito para la venta de información de salud protegida y para el uso o divulgación de información de salud protegida con fines de comercialización. Si elige firmar una autorización para divulgar información, más tarde puede revocar esa autorización para evitar usos o divulgaciones futuros.

A los Socios Comerciales. Nosotros podemos entrar en contratos con entidades conocidas como Asociados Comerciales que brindan servicios o realizan funciones en nombre del Plan. Podemos revelar información médica protegida a los Asociados comerciales una vez que hayan acordado por escrito proteger la información médica protegida. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a un Asociado Comercial para administrar reclamos. La ley también exige a los asociados comerciales que protejan la información médica protegida.

Al Patrocinador del Plan. Podemos divulgar información de salud protegida a ciertos empleados de GSWP, sus afiliados y subsidiarios con el fin de administrar el Plan. Estos empleados usarán o divulgarán la información de salud protegida solo cuando sea necesario para realizar funciones de administración del plan o según lo requiera HIPAA, a menos que haya autorizado divulgaciones adicionales. Su información de salud protegida no se puede utilizar para fines laborales sin su autorización específica.

Great Southern Wood Preserving, Inc., Aviso de Prácticas de Privacidad de Plan de Beneficios de Bienestar de sus Afiliados y Subsidiarios

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.

Tus Derechos

Derecho a inspeccionar y copiar. En la mayoría de los casos, tienes el derecho de inspeccionar y copiar la información de salud protegida que mantenemos sobre usted. Si solicita copias, le cobraremos una tarifa razonable para cubrir los costos de copia, envío u otros gastos asociados con su solicitud. Su solicitud para inspeccionar o revisar su información de salud debe presentarse por escrito a la persona que se detalla a continuación. En algunas circunstancias, podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su información de salud. En la medida en que su información se mantenga en un registro de salud electrónico, es posible que pueda recibir la información en un formato electrónico.

Derecho a enmendar. Si usted cree que la información dentro de sus registros es incorrecta o si falta información importante, usted tiene el derecho de solicitar que corrijamos la información existente o que se agregue la información que falta. Su solicitud para modificar su información de salud debe presentarse por escrito a la persona que se detalla a continuación. En algunas circunstancias, podemos denegar su solicitud de modificación. Si rechazamos su solicitud, puede presentar una declaración de desacuerdo con nosotros para incluirla en cualquier divulgación futura de la información en disputa.

Derecho a una Contabilidad de Divulgaciones. Tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones de su información de salud protegida. La contabilidad no incluirá divulgaciones que se hicieron (1) con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; (2) para ti; (3) de conformidad con su autorización; (4) a sus amigos o familiares en su presencia o por una emergencia; (5) para fines de seguridad nacional; o (6) incidental a revelaciones permitidas de otra manera.

Su solicitud de contabilidad debe presentarse por escrito a la persona que se detalla a continuación. Puede solicitar un informe de las divulgaciones realizadas en los últimos seis años. Puede solicitar una contabilidad gratuita dentro de un período de 12 meses.

Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar que no usemos ni divulguemos información para tratamiento, pago u otros fines administrativos, excepto cuando esté específicamente autorizado por usted, cuando lo exija la ley o en circunstancias de emergencia. También tiene derecho a solicitar que limitemos la información médica protegida que divulguemos a alguien involucrado en su atención o el pago de su atención, como un familiar o amigo. Su solicitud de restricciones debe presentarse por escrito a la persona que figura a continuación. Consideraremos su solicitud, pero en la mayoría de los casos no estamos legalmente obligados a aceptar esas restricciones.

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales. Tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales que contengan su información de salud. Su solicitud de restricciones debe ser enviado por escrito a la persona que se detalla a continuación. Estamos obligados a atender solicitudes razonables. Por ejemplo, puede solicitar que nos

comuniquemos con usted en su lugar de empleo o que le enviemos comunicaciones sobre el tratamiento a una dirección alternativa.

Derecho a ser Notificado de una Violación. Usted tiene derecho a ser notificado en caso de que nosotros (o uno de nuestros Asociados Comerciales) descubramos una violación de su información de salud protegida no segura. La notificación de cualquier incumplimiento se realizará de acuerdo con los requisitos federales.

Derecho a Recibir una Copia de este Aviso. Si ha aceptado aceptar este aviso electrónicamente, también tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso si lo solicita. Para obtener una copia impresa de este aviso, comuníquese con la persona que figura a continuación.

Nuestras Responsabilidades Legales

La ley nos exige mantener la privacidad de su información de salud protegida, proporcionarle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida y también notificar a las personas afectadas después de una violación de la información de salud protegida que no estaba segura.

Podemos cambiar nuestras políticas en cualquier momento y reservar el derecho de hacer efectivo el cambio para toda la información de salud protectora que nosotros mantenemos. En caso de que realicemos un cambio significativo en nuestras políticas, le proporcionaremos una copia revisada de este aviso. También puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con la persona que se detalla a continuación.

Si tiene alguna pregunta o queja, comuníquese con:

Recursos Humanos
Great Southern Wood Preserving, Inc.,
It's Affiliates Y Subsidiaries
P.O. Box 610
Abbeville, Alabama 36310
Teléfono: 1-334-585-2291

Quejas

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a sus registros, puede comunicarse con la persona mencionada anteriormente. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. - Oficina de Derechos Civiles. La persona mencionada anteriormente puede proporcionarle la dirección apropiada a pedido o puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información. No se lo penalizará ni se tomarán represalias por presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles o ante nosotros.



Nuevas opciones de cobertura en el mercado de seguros médicos y su cobertura médica

Formulario aprobado
OMB N.º 1210-0149

PARTE A: Información general

Cuando entren en vigencia las partes clave de la ley de salud en el 2014, habrá una nueva forma de adquirir seguros médicos: a través del mercado de seguros médicos. A fin de ayudarle mientras evalúa las opciones para usted y su familia, este aviso brinda información básica sobre el nuevo mercado y la cobertura médica basada en el empleo que brinda su empleador.

¿Qué es el mercado de seguros médicos?

El mercado está diseñado para ayudarle 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. El periodo de inscripción para la cobertura de seguro médico a través del mercado comienza en octubre del 2013 para la cobertura que comienza el 1.º de enero del 2014.

¿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 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 del plan de su empleador que le brindaría cobertura a usted (y no, a los demás miembros de la familia) supera el 9.5 % del ingreso anual de su familia, o si la cobertura médica que brinda su empleador no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act o ACA, por sus siglas en inglés), es posible que sea elegible para un crédito tributario.¹

Nota: 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 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 - Telefono # 334-585-2291 o Correo Electronico: l](#).

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.

¹ Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos.

PARTE B: Información sobre la cobertura médica que brinda su empleador

Esta sección incluye información sobre la cobertura médica que brinda su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura médica en el mercado, deberá brindar esta información. Esta información está enumerada de forma tal que coincida con la solicitud del mercado.

3. Nombre del empleador Great Southern Wood Preserving, Inc., It's Affiliates and Subsidiaries		4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés) 63-0594831	
5. Dirección del empleador Highway 431, P.O. Box 610		6. Número de teléfono del empleador 334-585-2291	
7. Ciudad Abbeville	8. Estado AL	9. Código postal 36310	
10. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo? Recursos Humanos			
11. Número de teléfono (si difiere del que figura arriba)		12. Dirección de correo electrónico	

A continuación, encontrará información básica sobre la cobertura médica que brinda este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para los siguientes:

- ☐ Todos los empleados.
- ☒ Algunos empleados. Los empleados elegibles son los siguientes:
Empleados de tiempo completo quienes trabajan un horario de 30+ horas por semana

- En cuanto a los dependientes:

- ☒ Sí ofrecemos cobertura médica. Los dependientes elegibles son los siguientes:
Conyuges y hijos hasta la edad de 26 años

- ☐ No ofrecemos cobertura médica.

- ☒ Si marca esta opción, esta cobertura médica cumple con la norma de valor mínimo. Asimismo, el costo de la cobertura se pretende que sea asequible para usted según los salarios de los empleados.

** Incluso si el objetivo de su empleador es brindarle cobertura asequible, es posible que sea elegible para obtener un descuento en la prima a través del mercado. El mercado utilizará el ingreso de su grupo familiar, junto con otros factores, para determinar si es elegible para recibir un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a la otra (tal vez es un empleado por hora o trabaja con comisiones), si fue contratado recientemente a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingreso, aún así es posible que reúna los requisitos para recibir un descuento en la prima.

Si decide adquirir cobertura a través del mercado, visite CuidadoDeSalud.gov para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo. Aquí encontrará la información del empleador que debe ingresar cuando visita CuidadoDeSalud.gov para saber si puede obtener un crédito tributario para reducir las primas mensuales.

Información de Contacto del Operador

Médico (EBMS)

Servicio al cliente: 406-869-5555

Llamada Gratuita: 866-326-7618

Sitio web: <https://mibenefits.ebms.com>

Farmacia (VeracityRx)

Servicio al cliente: 888-388-8228

Sitio web: <https://veracity.procarerx.com>

Precertificación (Veracity Care Solutions)

Servicio al cliente: (888) 324-1747

Servicios para Miembros de ELAP

Teléfono: 800-977-7381

Hours: 9am-7pm EST

Fax: 888-560-2447

Mail: ELAP

1550 Liberty Ridge

Suite 330

Wayne, PA 19087

Cuenta de Ahorros de Salud

Banco HSA

Servicio al cliente 1-800-357-6246

Sitio web: www.hsabank.com

Dental (Ameritas)

Servicio al cliente: 1-800-487-5553

Sitio web: www.ameritas.com

Visión (Ameritas – EyeMed Network)

Servicio al cliente: 1-866-723-0514

Sitio web: www.eyemedvisioncare.com

Beneficios de vida, discapacidad y voluntarios (Lincoln Financial)

Servicio al cliente: 1-800-487-1485

Sitio web: www.lfg.com

Programa de asistencia al empleado (EAP) (Lincoln Financial)

Servicio al cliente: 1-800-423-2765

Sitio web: www.lfg.com

Cuentas de gastos flexibles (Voya)

Servicio al cliente: 1-833-232-4673

Sitio web: myHealthAccountSolutions.voya.com

Plan 401(k) (Fidelity)

Servicio al cliente: 800-835-5097

Sitio web: www.401k.com

Recursos Humanos

Teléfono: 1-334-585-2291

Correo Electrónico: hris@yellowwood.com

Asesor Financiero

Matthew Murphy

Servicio al cliente: 334-679-4801

Correo Electrónico: matthew@marblewealth.com

Defensor de Reclamos para Miembros, Marsh McLennan Agency

Teléfono: 800-226-4518

mmajslbenefitclaims@MarshMMA.com

Agente/corredor de seguros Marsh McLennan Agency

Ellen Flynn

Teléfono: 706-596-4654

Correo electrónico: ellen.flynn@marshmma.com

Sara Franks

Teléfono: 706-645-8221

Correo electrónico: sara.franks@marshmma.com





GREAT SOUTHERN WOOD PRESERVING, INSCRIPCIÓN DE BENEFICIOS 2026 INCORPORADO

[illegible]



GREAT SOUTHERN WOOD PRESERVING, INSCRIPCIÓN DE BENEFICIOS 2026 INCORPORADO



Esta comunicación representa un breve resumen de los diversos beneficios disponibles para usted y se proporciona solo como referencia. Las pólizas reales emitidas por la Compañía de Seguros determinan la cobertura y contienen exclusiones, limitaciones, términos, condiciones y requisitos de cobertura total. Los avisos incluidos en este documento no reemplazan el requisito de comunicación del Empleador.sus planes.