



Allied Stone | Allied Gallery | Square Cabinetry | Allied Interior Solutions

2026 Guía de beneficios



Tabla de contenidos

Un mensaje para nuestros empleados	3
Beneficios para usted y su familia	4
¿Cuándo y cómo me inscribo?	5
Seguro médico	6
Seguro dental	32
Seguro de la vista	33
Cuenta de gastos flexibles (FSA)	34
Programa de asistencia al empleado	35
Seguro de vida y muerte accidental y desmembramiento	40
Seguros Voluntarios	41
Productos Adicionales	42
Seguro de Hospitalización	43
Contactos	47
Anuncios legales importantes sobre su plan de salud	49

Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le brinda más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Consulte la página 49 para obtener más detalles.

Un mensaje para nuestros empleados

Beneficios de Allied Interiors Group 2026

Allied Interiors Group reconoce los crecientes costos asociados con la atención médica, influenciados por factores como la inflación y los cambios regulatorios. En respuesta a estos costos crecientes y las tendencias de toda la industria, la compañía sigue dedicada a ofrecer un paquete integral de beneficios a sus empleados. Como parte de este compromiso, las opciones de beneficios para 2026 seguirán siendo las mismas que en 2025 con un pequeño aumento en las contribuciones de los empleados para odontología.

Para obtener más información, consulte la sección de beneficios de este manual o comuníquese con Recursos Humanos.



Beneficios para usted y su familia

Allied Interiors Group se complace en anunciar nuestro programa de beneficios para 2026, que está diseñado para ayudarlo a mantenerse saludable, sentirse seguro y mantener un equilibrio entre el trabajo y la vida. Ofrecer un paquete de beneficios competitivo es solo una de las formas en que nos esforzamos por brindar a nuestros empleados un lugar de trabajo gratificante. Lea atentamente la información proporcionada en esta guía. Para obtener detalles completos sobre nuestros planes, consulte los planes resumidos. **Haga clic en este enlace para obtener información adicional sobre el plan: También puede ir a este sitio web:** <https://curative.com/get-care>

A continuación se enumeran los beneficios de Allied Interiors Group disponibles durante la inscripción abierta y los eventos de vida que califican:

- Médico
- Dental
- Visión
- Vida y AD&D
- Vida Voluntaria
- Enfermedad crítica
- Hospitalización
- Accidente

¿Quién es elegible?

Todos los empleados de tiempo completo que trabajan al menos 30 horas por semana y sus dependientes elegibles pueden participar en el programa de beneficios de Allied Interiors Group.

Generalmente, para el programa de beneficios de Allied Interiors Group, los dependientes se definen como:

- Su cónyuge legal
- "Hijo" dependiente hasta los 26 años. (Hijo significa el hijo natural o adoptivo del empleado y cualquier otro hijo como se define en el certificado de cobertura)



¿Cuándo y cómo me inscribo?

Los empleados actuales que hayan cumplido con el período de espera deben iniciar sesión en ADP del 9 al 22 de noviembre para realizar cambios.

Si no se realizan cambios en los beneficios MÉDICOS, DENTALES, DE LA VISTA Y AUXILIARES, se transferirán al nuevo año del plan.

DEBE actualizar su elección de FSA Medical y FSA Dependen Care si desea continuar en 2026.

La inscripción para nuevas contrataciones está disponible los primeros 30 días de empleo.

¿Cuándo es efectiva mi cobertura?

Si es un empleado actual y ha cumplido con su período de espera, la fecha de vigencia de sus beneficios es el 01/01/2026.

Los beneficios para las nuevas contrataciones elegibles entran en vigencia el día 1 del mes siguiente a los 30 días de empleo continuo con Allied Interiors Group. Consulte Recursos Humanos para obtener los materiales de inscripción.

Cambio de cobertura durante el año

Puede cambiar su cobertura durante el año en que experimente un cambio calificado en el estado, como matrimonio, divorcio, nacimiento, adopción, colocación en adopción o pérdida de cobertura. El cambio debe informarse al Departamento de Recursos Humanos dentro de los 30 días posteriores al evento. El cambio debe ser coherente con el evento.

Por ejemplo, si su hijo dependiente ya no cumple con los requisitos de elegibilidad, puede cancelar la cobertura solo para ese dependiente.



Seguro médico



Allied Interiors Group continuará ofreciendo cobertura médica. Los gráficos en las siguientes páginas son breves bosquejos

Haga clic aquí para obtener información sobre el plan: [Plan Information](#). También puede ir a este sitio web: <https://curative.com/get-care> La descripción general de los beneficios médicos se encuentra en las páginas siguientes. Un gráfico es para Línea de base compatible y el segundo gráfico es para Línea de base no compatible. Una parte importante de comprender las opciones del plan es comprender que si completa la visita de referencia, sus beneficios son significativamente mejores.

CURATIVE BASELINE Q&A

Una visita de referencia de Curative es una reunión de atención médica personalizada que ayuda a los miembros del plan de salud de Curative a aprovechar al máximo su membresía. La visita incluye: incorporación, evaluación de salud, establecimiento de metas y plan de atención preventiva. Es una parte clave del enfoque de atención preventiva de Curative y debe completarse dentro de los **primeros 120 días** de la fecha de inicio del plan.

Tenga en cuenta: Incluso si completó su visita de referencia en 2025, debe completarla 100% para 2026.

	
¿Cuánto tiempo suele durar una visita de referencia?	- 45 minutos a 60 minutos
¿Qué debo llevar a mi visita de referencia?	- Sus interrogantes acerca de su Plan Curativo - Objetivos y preocupaciones relacionadas con la salud - Su acceso al portal de miembros
¿Qué hace Curative con los datos recopilados durante mi visita inicial?	- Los datos recopilados no influirán en las tarifas ni en las primas. - Los datos se mantendrán en estricta confidencialidad y no se compartirán con ningún tercero, incluyendo a Allied. - Curative empleará los datos para optimizar la experiencia de los miembros.
¿En qué se distinguen las visitas de referencia virtuales y presenciales?	- Virtual no recopila la presión arterial, análisis de laboratorio, mediciones de peso ni proporciona vacunas. - Se llevará a cabo una revisión del historial médico de manera virtual y presencial, y se proporcionarán recomendaciones preventivas y de bienestar adecuadas a la edad.
¿Qué aspectos clínicos se consideran en la Visita Basal?	- Discuta cualquier pregunta o inquietud relacionada con la salud que usted, como miembro, pueda tener. - Analice su historial médico presente y anterior para vincularlo con la atención y los recursos apropiados. - Las respuestas a las preguntas planteadas son opcionales y no influirán en la elegibilidad para participar en el plan.
¿Cómo agendo una visita de referencia?	- En línea: https://health.curative.com/ - Servicios para afiliados: (855) 4-CURATIVE (855) 428-7284 - Nombre del colectivo: Allied Stone Group - Nombre del miembro; fecha de nacimiento; número de seguridad social.
¿Qué ocurre si no realizo la Línea Base?	- Ya no será elegible para los beneficios de costo cero. - Su tarjeta médica actual será cancelada y se emitirá una nueva tarjeta con deducible y gastos de bolsillo.



Retomemos

Otro año, otra visita introductoria

¡Complete su Visita Introductoria anual para continuar con la atención médica de \$0!

¡Si completó su Visita Introductoria el año pasado, disfrutará de atención médica de \$0 y recetas médicas preferidas de inmediato!

Si no realizó su Visita Introductoria el año pasado, esta vez tiene la oportunidad de desbloquear sus beneficios de \$0.

Solo recuerde completar su Visita Introductoria **dentro de los 120 días posteriores a la fecha de renovación de su plan** para mantener u obtener estos beneficios.

Como siempre, su Visita Introductoria es confidencial y no afectará sus primas.



Para programar:

Inicie sesión en su cuenta de Curative

Es probable que ya tenga acceso al portal de afiliados en health.curative.com. ¡Inicie sesión con su información personal o verifique e inscribese en su Visita Introductoria anual con las opciones abajo!

Parte 1

Orientación Inicial

Conozca los beneficios y recursos de su plan, cualquier actualización y cambios, encuentre proveedores de \$0, inscribese en telesalud, verifique la cobertura de medicamentos e inscribese a programas para alcanzar sus objetivos de salud. Para las renovaciones, tu incorporación será autodirigida.

Orientación autoguiada

Completa tu incorporación por tu cuenta viendo videos cortos y realizando tareas importantes. Tu Navegador de Atención se comunicará contigo después para responder cualquier pregunta.



Parte 2

Consulta clínica inicial

Programa una reunión virtual de Zoom con un Médico de Curative para hablar sobre su historial médico y cualquier pregunta que tenga sobre su salud. El médico le ayudará a crear un plan que se adapte a usted. Incluso puede hacerse análisis de laboratorio antes o después para obtener una idea más completa de su salud. Los residentes de Austin también pueden programar citas en persona.

Los chequeos clínicos se pueden programar después de la incorporación autodirigida.



Ya terminó

¡Continúe disfrutando de costos adicionales de \$0!

Su Promotor de Salud dará seguimiento después de que tengan la reunión y en cualquier momento puede encontrar su información de contacto en el portal de afiliados. Para preguntas sobre beneficios de Curative urgentes, puede llamar a **Servicios para Afiliados a cualquier hora, llamando al 855-428-7284.**



Visite esta página para obtener más información sobre la **Visita Introductoria** curative.com/baseline.



Mire esto para obtener más información sobre sus opciones para realizar su **Orientación Inicial**. cur.tv/baseline-preview.

¿Quién tiene que completar la Visita Introductoria anual?

Todos nuestros afiliados deben completar una Visita Introductoria anual.

Si se inscribió dentro de los últimos 8 meses antes de su renovación, no se preocupe, no tendrá que volver a realizar una Visita Introductoria de nuevo de inmediato. Ya tiene todo listo hasta la próxima renovación del plan.

Si tiene menos de 18 años cuando comience su plan, puede posponer la Visita Introductoria hasta el próximo año del plan.

Si se cambió al plan de deducible alto, no se le cambiará al plan de costos adicionales de \$0 hasta después de la fecha de renovación y una vez que se complete su Visita Introductoria dentro de los primeros 120 días del año de renovación.

Los afiliados deben completar una Visita Introductoria dentro de los primeros 120 días posteriores a la fecha de inicio del plan para mantener los costos adicionales de \$0 para servicios cubiertos con proveedores dentro de la red y recetas médicas preferidas. Consulte la Descripción Resumida del Plan y el Folleto de Beneficios para familiarizarse con los requisitos adicionales para realizar la Visita Introductoria.

Grupo Interior Aliado

Beneficios médicos

Fecha de vencimiento de la línea de base de 2026 antes: 5/1/2026

Línea de base de nueva contratación antes de: 120 días después de la fecha de elegibilidad.

* Los beneficios dependen de que el empleado complete su requisito de referencia con 120 días de la fecha de vigencia del plan

La descripción general de los beneficios médicos se encuentra en las siguientes 2 páginas. Un gráfico es para Línea de base compatible y el segundo gráfico es para Línea de base no compatible. Una parte importante de comprender las opciones del plan es comprender que si completa la visita de referencia, sus beneficios son significativamente mejores.

Tenga en cuenta: Incluso si completó su visita de referencia en 2025, debe completarla nuevamente para 2026.

Allied Interiors Group

Plan Medico

ESQUEMA DE BENEFICIOS Y RESUMEN DE COSTOS

1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

La fecha de vencimiento de la línea base para nuevas contrataciones es anterior: **120 días después de la fecha de elegibilidad**

* El costo del beneficio es para los empleados que no completaron su requisito de referencia dentro de los 120 días posteriores a la Fecha de entrada en vigor del plan

Detalles de beneficios	Línea base completada Todos los planes (EPO, PPO MAX)	Línea de base completada (EPO)	Línea base completa (PPO)	Línea base completa (PPO MAX)
Descripción	Cobertura dentro de la red*	Cobertura fuera de la red*	Cobertura fuera de la red*	Cobertura fuera de la red*
Portador	Curative	Curative	Curative	Curative
Tipo de plan, nombre, red	Medical Baseline	Medical EPO	Medical PPO	Medical PPO Max
Deducible (Individual / Familiar)	\$0	No Cubierto	\$10,000 / \$20,000	\$5,000 / \$10,000
Deducible no exclusivo de la red (individual / familiar)	\$0	No Cubierto	\$15,000 / \$30,000	\$7,500 / \$15,000
Exámenes de bienestar (exámenes físicos de rutina)	\$0 de copago/sin deducible	No Cubierto	Fuera de la red: Se requiere copago de \$50 Vacunación para niños menores de 6 años - Sin copago	Fuera de la red: Se requiere copago de \$50 Vacunación para niños menores de 6 años - Sin copago
Visita al consultorio de atención primaria	\$0 de copago/sin deducible	No Cubierto	Fuera de la red: copago de \$50 después del deducible	Fuera de la red: copago de \$50 después del deducible
Visita al consultorio del especialista	\$0 de copago/sin deducible	No Cubierto	Fuera de la red: copago de \$100 después del deducible	Fuera de la red: copago de \$100 después del deducible
Telemedicina: atención de urgencia con una visita al médico a pedido las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año	\$0 de copago/sin deducible	No Cubierto	Fuera de la red: no cubierto	Fuera de la red: no cubierto
Visita de atención de urgencia	\$0 de copago/sin deducible	No Cubierto	Fuera de la red: el plan paga el 50 % de lo permitido después del deducible	Fuera de la red: el plan paga el 80 % de lo permitido después del deducible
Sala de emergencias	\$0 de copago/sin deducible	No Cubierto	Fuera de la red: el plan paga el 80 % de lo permitido después del deducible	Fuera de la red: el plan paga el 80 % de lo permitido después del deducible
Laboratorio ambulatorio / Rayos X	\$0 de copago/sin deducible	No Cubierto	Fuera de la red: el plan paga el 50 % de lo permitido después del deducible	Fuera de la red: el plan paga el 80 % de lo permitido después del deducible
Imágenes complejas (resonancia magnética, tomografía computarizada, PET, etc.)	\$0 de copago/sin deducible	No Cubierto	Fuera de la red: el plan paga el 50 % de lo permitido después del deducible	Fuera de la red: el plan paga el 80 % de lo permitido después del deducible
Centro quirúrgico ambulatorio	\$0 de copago/sin deducible	No Cubierto	Fuera de la red: el plan paga el 50 % de lo permitido después del deducible	Fuera de la red: el plan paga el 80 % de lo permitido después del deducible
Centro hospitalario para pacientes hospitalizados	\$0 de copago/sin deducible	No Cubierto	Fuera de la red: el plan paga el 50 % de lo permitido después del deducible	Fuera de la red: el plan paga el 80 % de lo permitido después del deducible
Medicamentos preferidos, genéricos, de marca y de especialidad	\$0 de copago/sin deducible	No Cubierto	Fuera de la red: el plan paga el 50 % de lo permitido después del deducible	Fuera de la red: el plan paga el 80 % de lo permitido después del deducible
Medicamentos preferidos, genéricos, de marca y de especialidad	Copago de \$50	No Cubierto	Fuera de la red: el plan paga el 50 % de lo permitido después del deducible	Fuera de la red: el plan paga el 80 % de lo permitido después del deducible
Medicamentos especializados no preferidos	Copago de \$250	No Cubierto	Fuera de la red: el plan paga el 50 % de lo permitido después del deducible	Fuera de la red: el plan paga el 75 % de lo permitido después del deducible
Cuidado Cirropráctico	EPO – No Cubierto PPO/PPO Max - \$0 de copago (límite de 20 visitas al año)	No Cubierto	Copago de \$50 (límite de 20 visitas al año)	Copago de \$0 (límite de 20 visitas al año)

Allied Interiors Group

Plan Medico

ESQUEMA DE BENEFICIOS Y RESUMEN DE COSTOS
1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

* El costo del beneficio es para los empleados que no completaron su requisito de referencia dentro de los 120 días posteriores a la Fecha de entrada en vigor del plan

La fecha de vencimiento de la línea base para nuevas contrataciones es anterior: 120 días después de la fecha

Detalles de beneficios	Línea de base no completada (EPO)	Línea de base no completada (PPO)	Línea de base no completada (PPO MAX)
Descripción	Cobertura dentro/fuera de la red*	Cobertura dentro/fuera de la red*	Cobertura dentro/fuera de la red*
Portador	Curative	Curative	Curative
Tipo de plan, nombre, red	Medical EPO	Medical PPO	Medical PPO Max
Deducible (Individual / Familiar)	\$5,000 / \$10,000	\$5,000 / \$10,000	\$5,000 / \$10,000
Deducible no exclusivo de la red (individual / familiar)	No cubierto	\$10,000 / \$20,000	\$5,000 / \$10,000
Gastos de bolsillo máximos (individual/familiar)	\$7,500 / \$15,000	\$7,500 / \$15,000	\$7,500 / \$15,000
OOP Max fuera de la red (individual / familiar)	No cubierto	\$15,000 / \$30,000	\$7,500 / \$15,000
Exámenes de bienestar (exámenes físicos de rutina)	Dentro de la red: sin copago	Dentro de la red: sin copago Fuera de la red: \$50 de copago	Dentro de la red: sin copago Fuera de la red: \$50 de copago
Visita al consultorio de atención primaria	Dentro de la red: \$25 de copago después del deducible	Dentro de la red: \$25 de copago después del deducible Fuera de la red: copago de \$50 después del deducible	Dentro de la red: copago de \$25 después del deducible Fuera de la red: copago de \$50 después del deducible
Visita al consultorio del especialista	Dentro de la red: \$50 de copago después del deducible	Dentro de la red: \$50 de copago después del deducible Fuera de la red: copago de \$100 después del deducible	Dentro de la red: \$50 de copago después del deducible Fuera de la red: copago de \$100 después del deducible
Telemedicina: atención de urgencia con una visita al médico a pedido las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año	Dentro de la red: sin copago	En la Red: \$0 Fuera de la red: no cubierto	En la Red: \$0 Fuera de la red: no cubierto
Visita de atención de urgencia	Dentro de la red: el plan paga el 80 % de lo permitido después del deducible	En la Red: El plan paga el 80% de lo permitido después del deducible Fuera de la red: el plan paga el 50 % de lo permitido después del deducible	Dentro y fuera de la red: El plan paga el 80 % de lo permitido después del deducible
Sala de emergencias	Dentro de la red: el plan paga el 80 % de lo permitido después del deducible	Dentro de la red y fuera de la red: El plan paga el 80% de lo permitido después del deducible	Dentro y fuera de la red: El plan paga el 80 % de lo permitido después del deducible
Laboratorio ambulatorio / Rayos X	Dentro de la red: el plan paga el 80 % de lo permitido después del deducible	Dentro de la red: el plan paga el 80 % de lo permitido después del deducible Fuera de la red: el plan paga el 50 % de lo permitido después del deducible	Dentro y fuera de la red: El plan paga el 80 % de lo permitido después del deducible
Imágenes complejas (resonancia magnética, tomografía computarizada, PET, etc.)	Dentro de la red: el plan paga el 80 % de lo permitido después del deducible	Dentro de la red: el plan paga el 80 % de lo permitido después del deducible Fuera de la red: el plan paga el 50 % de lo permitido después del deducible	Dentro y fuera de la red: El plan paga el 80 % de lo permitido después del deducible
Centro quirúrgico ambulatorio	Dentro de la red: el plan paga el 80 % de lo permitido después del deducible	Dentro de la red: el plan paga el 80 % de lo permitido después del deducible Fuera de la red: el plan paga el 50 % de lo permitido después del deducible	Dentro y fuera de la red: El plan paga el 80 % de lo permitido después del deducible
Centro hospitalario para pacientes hospitalizados	Dentro de la red: el plan paga el 80 % de lo permitido después del deducible	Dentro de la red: el plan paga el 80 % de lo permitido después del deducible Fuera de la red: el plan paga el 50 % de lo permitido después del deducible	Dentro y fuera de la red: El plan paga el 80 % de lo permitido después del deducible
Medicamentos preferidos, genéricos, de marca y de especialidad	Dentro de la red: \$50 de copago después del deducible	Dentro de la red: \$50 de copago después del deducible Fuera de la red: el plan paga el 50 % de lo permitido después del deducible	Dentro de la red: \$50 de copago después del deducible Fuera de la red: el plan paga el 80 % de lo permitido después del deducible
Medicamentos preferidos, genéricos, de marca y de especialidad	En Red; \$100 de copago después del deducible	Dentro de la red: copago de \$100 después del deducible para productos de marca y genéricos. Fuera de la red: el plan paga el 50 % de lo permitido después del deducible	Dentro de la red: copago de \$100 después del deducible para productos de marca y genéricos. Fuera de la red: el plan paga el 80 % de lo permitido después del deducible
Medicamentos especializados no preferidos	Dentro de la red: el plan paga el 75 % de lo permitido después del deducible	Dentro de la red: el plan paga el 75 % de lo permitido después del deducible Fuera de la red: el plan paga el 50 % de lo permitido después del deducible	Dentro y fuera de la red: El plan paga el 75 % de lo permitido después del deducible
Cuidado Cirropráctico	No cubierto	Dentro de la red: Copago de \$25 Fuera de la red: Copago de \$50 (Límite de 20 visitas al año)	Dentro de la red: Copago de \$25 Fuera de la red: Copago de \$25 (Límite de 20 visitas al año)

Contribuciones de los empleados al plan médico

Contribuciones de los empleados Quincenal (26 períodos de pago por año)	
EPO	
Empleado	\$75.23
Empleado y cónyuge	\$275.03
Empleado e hijo(s)	\$181.94
Empleado y familia	\$474.95
PPO	
Empleado	\$150.83
Empleado y cónyuge	\$447.45
Empleado e hijo(s)	\$326.66
Empleado y familia	\$706.87
PPO MAX	
Empleado	\$263.55
Empleado y cónyuge	\$694.55
Empleado e hijo(s)	\$531.08
Empleado y familia	\$1,045.61

Verifique si su médico/proveedor está en la red en este sitio web:

[Encuentre atención: encuentre médicos en los que pueda confiar | Curativo](#)

<https://curative.com/providers>

Puede obtener información sobre su medicamento en este sitio web:

[Encuentre información sobre farmacia y medicamentos | Curativo](#)

<https://curative.com/drugs>





curative cash card

Su apoyo para su cuidado

Garantizamos \$0 de copagos y deducibles para cualquier médico que aparezca en nuestra búsqueda. Hay dos opciones para realizar el pago cubierto por Curative:

- 1) Facturación del seguro usando la Curative Member ID Card
- 2) Pago por cuenta propia usando nuestra exclusiva Curative Cash Card.

De cualquier manera, no pagas.

¿Qué se aprobará?

- * **Visitas al consultorio**
 - Atención de emergencia
 - Salud del comportamiento
 - Servicios ambulatorios (como diagnóstico por imágenes o procedimientos)
 - Servicios hospitalarios (como cirugías y monitoreo médico)

¿Qué no se aprobará?

- * Recetas, ciertos servicios de laboratorio, beneficios no cubiertos



¿Preguntas?

Llame a Servicios para afiliados, disponible a cualquier hora al 855-428-7284

Para los miembros de EPO Value: La Curative Cash Card le da acceso a atención médica con costo de \$0 en cualquier proveedor identificado como **"Solo con Curative Cash Card"** para el que tenga un Curative Pass, en lugar de su tarjeta de identificación de miembro. Se puede usar como respaldo cuando usted tenga un Curative Pass pero su proveedor no acepte su tarjeta de identificación de miembro.

**Para mantener copagos y deducibles de \$0, se debe completar una Visita Introductoria dentro de los primeros 120 días posteriores a la activación del plan. Las tarjetas Curative Cash Card Visa® Commercial Credit son emitidas por Celtic Bank. Puede encontrar Términos y Condiciones adicionales en su Cuenta del Portal de afiliados en health.curative.com. BR240207-1*

Así es como puede acceder a su Cash Card:

Paso 1

Activa tu Curative Cash Card iniciando sesión en el Portal para Miembros en health.curative.com y seleccionando "Cash Card." Una vez activada, tendrás acceso instantáneo a tu tarjeta digital.

Una tarjeta física será enviada poco después de la fecha de inicio de tu plan.

Nota: Los miembros de Curative deben tener 18 años o más para acceder a la tarjeta.

Paso 2

Antes de intentar usar la Curative Cash Card, por favor intenta usar primero tu Curative Member ID Card.

Paso 3

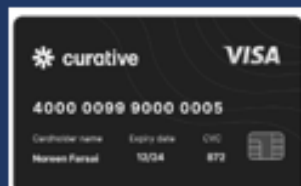
 **Curative Cash Card only**

Si aparece como en la Búsqueda de Proveedores, usa tu Curative Cash Card en lugar de tu Member ID Card. Informa en la recepción que vas a "pagar en efectivo" y entrega tu Curative Cash Card.

Respaldo: Si un proveedor aparece en nuestra búsqueda pero no acepta tu Member ID Card por cualquier motivo o intenta cobrarte un copago, indica que vas a pagar por tu cuenta y entrega tu Curative Cash Card.



CURATIVA CASH CARD Q&A



Solo para miembros de Curative. Un boleto para acceder a atención médica dentro de la red, donde y cuando la necesite. Como la nueva cara de los planes de salud, Curative comprende que algunos médicos aún pueden no reconocer a Curative como proveedor médico. Esta tarjeta cubre los costos dentro de la red para los miembros que utilizan los proveedores listados en el directorio de Curative. ce

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Qué es una Tarjeta Curativa Cash?	<ul style="list-style-type: none"> - Esta tarjeta ha sido concebida específicamente para ofrecer tranquilidad a los miembros, brindándoles un método de pago inmediato para servicios de atención médica dentro de la red.
¿Qué debo llevar a mi visita de referencia?	<ul style="list-style-type: none"> - Miembros elegibles que tengan más de 18 años.
¿Es posible utilizar estas tarjetas para los servicios autorizados para dependientes?	<ul style="list-style-type: none"> - Sí, siempre que los servicios estén incluidos y los dependientes formen parte del plan.
¿Pueden los miembros emplear esta tarjeta para recetas u otros gastos vinculados a la salud?	<ul style="list-style-type: none"> - No, en la actualidad la tarjeta está configurada para cubrir visitas al consultorio, atención de urgencia y ciertas consultas ambulatorias.
¿Los socios pueden utilizar la tarjeta en cualquier momento?	<ul style="list-style-type: none"> - Los miembros pueden utilizarlo durante los primeros 120 días. Aquellos que completen el plan Baseline podrán emplearlo durante todo el año del plan. - La Tarjeta Cero se desactivará transcurridos 120 días si no se finaliza la Línea Base. - Máximo diario de 500 \$ en cargos permitidos por tarjeta/miembro para servicios elegibles dentro de la red.
¿Es posible añadir la tarjeta Curative Zero a mi billetera digital?	<ul style="list-style-type: none"> - Sí: Google Pay, Apple Wallet
¿Cómo puedo activar mi Tarjeta Zero?	<ul style="list-style-type: none"> - La tarjeta puede activarse a través del portal de miembros. https://health.curative.com/ - Servicios para afiliados at 1-855-4-CURATIVE - Nombre del colectivo: Allied Stone - Nombre del afiliado, fecha de nacimiento, número de la seguridad social

Para nominar a un proveedor para que sea un proveedor de tarjetas de efectivo, siga este enlace o código QR

Cash Card



Solo para miembros de Curative. Un boleto para obtener atención médica dentro de la red donde y cuando la necesite. Como la cara fresca en salud. Curative reconoce que es posible que algunos médicos aún no reconozcan a Curative como proveedor médico. Esta carta toma atención de los costos dentro de la red de los miembros para los proveedores enumerados en el directorio de Curative.

¡USANDO TU PLAN SABIAMENTE!

Convertirse en un mejor consumidor de atención médica bajo el Plan Curative

Para mantener nuestras primas competitivas cada año, es importante que utilicemos las características de \$0 de Curative de manera adecuada.

- ✓ Valor de su visita de referencia: complete nuevamente 2026
- ✓ Sepa a dónde ir para recibir atención
 - Menos costoso vs Más caro
- ✓ Manejar adecuadamente las condiciones actuales y las opciones de estilo de vida
 - Estar más saludable le permite necesitar menos al médico
 - Menos tiempo fuera del trabajo y del hogar
 - Siga adelante con las recomendaciones de referencia
 - Complete su examen físico ANUAL: ¡conozca sus números!
- ✓ Hágase su examen físico anual con su proveedor de atención primaria
- ✓ "Compare precios" para ciertos procedimientos
- ✓ Revise todos los materiales enviados por Allied Interiors Group y Curative

Centro de Atención	Propósito Principal	Tipo de Atención	Costo y Tiempo
Telesalud	<ul style="list-style-type: none"> Hable con un médico por teléfono o computadora, ¡desde cualquier lugar! Acceso a atención médica 24/7/365. El médico diagnosticará el problema virtualmente y puede recetarle una receta médica si es necesario. Es fin de semana, fuera del horario laboral o simplemente no tiene tiempo para ver a su médico en el consultorio. Su condición no es urgente ni una emergencia. Speak with a doctor via phone or computer – from anywhere! 24/7/365 care access... 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedades leves Infecciones leves Síntomas de resfriado y gripe Bronquitis Alergias Conjuntivitis y otras infecciones ¡Y más! 	<ul style="list-style-type: none"> ¡Disponible 24/7, desde cualquier lugar! Reserva de cita rápida, en minutos Tiempo de espera mínimo <p>\$</p> <p>Más información sobre <u>Telehealth</u></p>
Consultorio Médico	<ul style="list-style-type: none"> Brindar atención o tratamiento para una amplia gama de problemas de salud. Hablar con su médico en el horario habitual de consulta. Su médico de cabecera lo conoce a usted y conoce su historial médico, puede acceder a su historial médico y administrar sus medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> Atención preventiva gratuita, dentro de la red. Chequeos de rutina Vacunas Atención médica general Derivación a especialistas 	<ul style="list-style-type: none"> Disponible en horario de oficina. Algunos pueden ofrecer consultas virtuales. Normalmente se requiere programar cita con anticipación. Los tiempos de espera varían. <p>\$\$</p>
Atención de urgencias	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento de lesiones o enfermedades que no ponen en peligro la vida por parte de médicos. Puede que necesite atención rápida, pero no es una emergencia. Es fin de semana, fuera del horario laboral y su médico de cabecera... care doctor is not available 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento de lesiones o enfermedades que no ponen en peligro la vida por parte de médicos. Puede que necesite atención rápida, pero no es una emergencia. Es fin de semana, fuera del horario laboral y su médico de cabecera no está disponible. 	<ul style="list-style-type: none"> Generalmente abierto por la noche y los fines de semana; algunos abren las 24 horas, los 7 días de la semana. Se aceptan visitas sin cita previa. Los tiempos de espera pueden variar. <p>\$\$\$</p>
Sala de Emergencia	<p>La sala de emergencias está destinada al tratamiento de afecciones potencialmente mortales o muy graves que requieren atención médica inmediata.</p> <p>No ignore una emergencia. Si una situación parece poner en peligro su vida, actúe de inmediato. Llame al 911 o a su número local de emergencias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sangrado incontrolable Dolor en el pecho Traumatismo craneoencefálico/convulsiones Dificultad para respirar Fracturas importantes Quemaduras graves Dolor abdominal intenso 	<ul style="list-style-type: none"> Abierto 24/7 Se aceptan pacientes sin cita previa Los tiempos de espera varían considerablemente. Las emergencias que ponen en riesgo la vida se atienden primero. <p>\$\$\$\$</p>

¿Por qué es importante el bienestar?

Fomentar la utilización adecuada del plan de salud a menudo puede mejorar la alfabetización en salud y una mayor percepción del valor de su programa de beneficios.

CONCLUSIÓN CLAVE
Establecer una relación paciente-proveedor da como resultado costos más bajos del plan de salud al intercambiar atención reactiva de mayor costo por atención preventiva de menor costo.





La medicación, de forma sencilla.



Preferidos

Consta de medicamentos genéricos y de marca seleccionados

Copago de \$0*

No preferidos

Consta de medicamentos genéricos, de marca y especializados de menor valor.

Copago de \$50/\$250*



Descarga nuestra lista de medicamentos preferidos para ver lo que está cubierto.



Utiliza las farmacias preferidas dentro de la red, incluidas las ubicaciones de Curative, H-E-B, Albertsons, Amigos, Carrs, Haggen, Jewel-Osco, Market Street, MedCart, Pavilions, Randalls, Safeway, Sav-on, Tom Thumb, United, Vons, Publix, Brookshire Brothers.



La entrega de Curative Pharmacy estará disponible el mismo día, ¡y no tienes que hacer fila! (Actualmente, solo disponible en Texas y Florida)

Indicación de Curative: Recoge tu medicamento preferido en la próxima cita con tu médico, para que éste pueda seleccionar el medicamento que mejor se adapte a ti.



Curative Pharmacy

¿Preguntas? ¿No ves un medicamento?
Llama a Servicios para afiliados al 855-428-7284 (855-4-CURATIVE) para obtener más información.

Curative. Todos los derechos reservados.

Puede obtener información sobre su medicamento en este sitio web:

[Encuentre información sobre farmacia y medicamentos | Curativo](https://curative.com/drugs)

<https://curative.com/drugs>



Redefining Pharmacy, the Curative Way

We made our own Curative Pharmacy simple. Serving only Curative members, we're the overly attentive partner in health members never knew you needed.



Next Day Delivery

Next-day delivery available in most states and actively working to add the remaining.

Flexible Delivery Points:

Home, workplace, or wherever a member might be.

Two-Way Text Capabilities:

Members can communicate directly with our pharmacy about new medications, or refills.

Making it Simple

Curative Pharmacy will work with doctors, previous pharmacies and anyone in between to make sure members are covered every step of the way.

Regular Check-ins:


We stay in touch and make sure medications are going well.

One-Stop-Shop

Members with multiple medications can be serviced by one easy-to-use pharmacy.

Trusted Tips

We know the cost-effective choices to help members make the most of their benefits.

 Members can sign-up 24/7/365 for the Curative Pharmacy through member services: 855-4-CURATIVE.

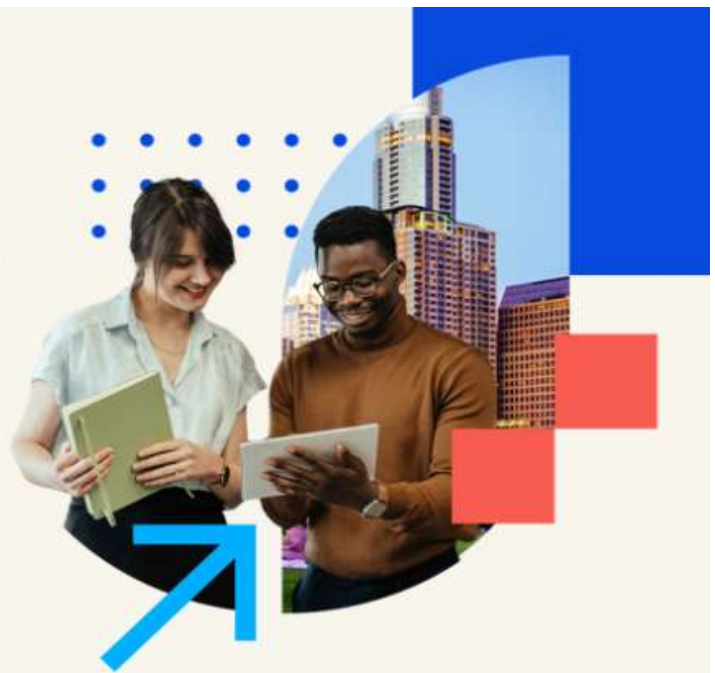
*Every Curative member can qualify for the \$0 deductibles or copay for in-network care. Just complete a Baseline Visit in your first 120 days. See curative.com to learn more. Curative Insurance Company PPO-BRC03021-1





Bending the **cost curve** and improving **employee wellbeing** with **member engagement**

Curative is removing barriers to care with affordability, engagement, and simplicity. When members actually use their benefits we **improve health outcomes** and lower costs.



Current health care isn't working for anyone

Rising deductibles and copays mean people are deferring care. Even a basic visit to a doctor can come with a lot of out-of-pocket expenses. Plus, the system is so complex and with nobody to help, getting the right care can be overwhelming. So we defer care as long as we possibly can, and prescriptions go unfilled because they're simply unaffordable.

Transparent, next-generation health care employees will love to use

We've created a simple plan that consumers love to use—that removes cost barriers like copays, deductibles and most prescription charges, while providing trusted support at every step— we will completely change the way members engage with their health. Getting every member the preventive care they need, encouraging healthy behaviors, putting medical advancements to work, and helping us all live longer, healthier lives — with lower long-term total costs of care for members and employers alike.

Curative Care Navigators

Care Navigators are at the core of our member-centric experience. Each Curative plan member is paired with a Care Navigator who will be their **first point of contact** to onboard with our plan, and support them through their entire journey as a member, providing resources and guidance on maximizing their **Curative benefits** to reach their health goals.



“Most people do not choose to seek the care that they need because of small barriers to access – not knowing the right questions to ask or lack of awareness of the resources available to them. I am easily accessible by phone, text, or email and the members can reach out to me directly at any time. It is my hope that I will build a relationship with the members during their **Baseline Visits** so that they feel comfortable enough to ask any questions that they may have about seeking care.”

-Kyra N., Care

Navigator

Let's partner up for **healthier employees**, and **healthier bottom lines**

<https://curative.com>

Engagement from the start

In order to qualify for **\$0 copays and deductibles** members must complete a Baseline Visit within the first 120 days of the plan effective date.

98% of health plan participants complete the Baseline Visit

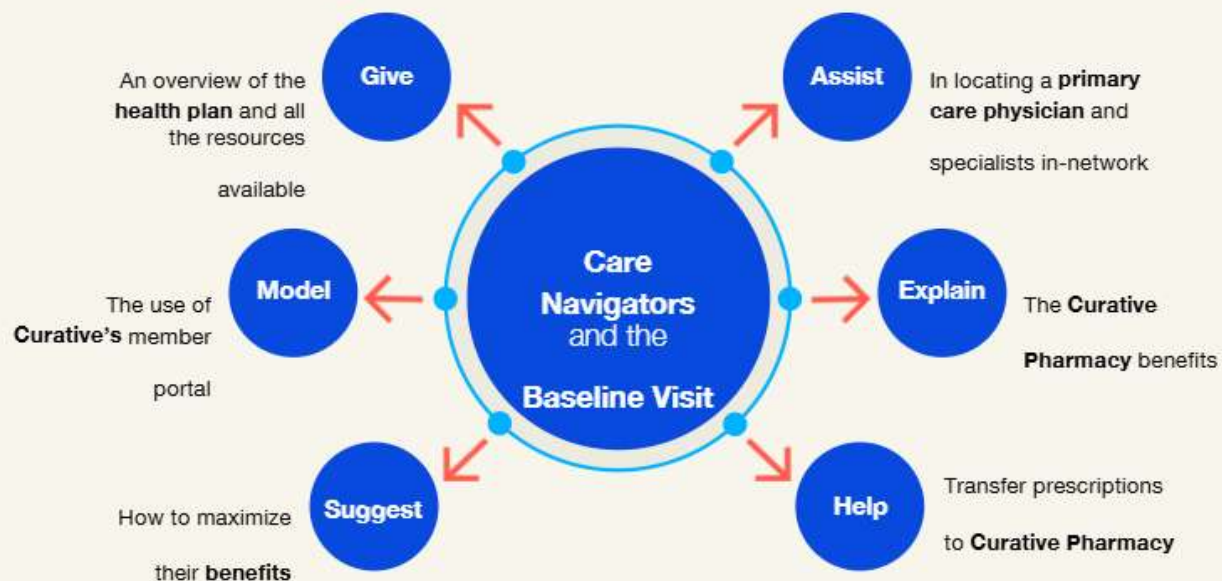


The Baseline Visit

A Baseline Visit is an **individualized virtual appointment** with a **Care Navigator** that focuses on the member's complete well-being and shares how to best utilize **Curative benefits** and resources.

Proactively starting the conversation around **health goals** and providing the tools to achieve them sets your employees up for **long-term success** and improved satisfaction.

Members also meet with a clinician who will review medical history, help the member with a care plan and, if appropriate, connect them to Curative **wellness management programs** for chronic or acute conditions related to: obesity, hypertension, diabetes, and maternal health. We also have a **robust case management** process to help with acute situations.



Continued member support so employees can focus on what matters

We've created a simple plan that consumers love to use—that removes cost barriers like copays, deductibles and most prescription charges, while providing trusted support at every step— we will completely change the way members engage with their health. Getting every member the preventive care they need, encouraging healthy behaviors, putting medical advancements to work, and helping us all live longer, healthier lives — with lower long-term total costs of care for members and employers alike.






Better health benefits benefit your business

Employers should offer plan options that focus on high-quality, comprehensive coverage that is cost-transparent, member-centric, and encouraged to use. When members are equipped and incentivized to prioritize their health, their health, wellbeing, and productivity improves.



Elevate Your Workforce with Curative Member Services:

At Curative, we've **revolutionized** the way our member services interact, providing a **simple, in-house and interactive experience** that puts **employees' health in their own hands**.

 A High-Touch, Personalized Approach:	 Enhanced Provider & Pharmacy Selection:	 Empowering Employees with Online Tools:	 24/7 Member Services at Your Fingertips:	 Streamlined Prescription Management:
Say goodbye to impersonal interactions and hello to a designated Care Navigator for each member, providing personalized support every step of the way.	Whether it's finding an in-network specialist or locating a nearby participating pharmacy, we can make the process simple and stress-free	From log-in access to helping update contact information and scheduling appointments, we provide assistance navigating our user-friendly member portal	Health concerns can arise at any time. That's why we are available 24/7/365 to help members with coverage questions. <i>*If you are experiencing a medical emergency dial 911 or go to your nearest emergency center</i>	Transferring prescriptions and verifying coverage can be a hassle; we are here to alleviate that burden, whether it's checking if a specific medication is covered or understanding tier levels.

Care Navigators vs Member Services



Care Navigators

At the Baseline Visit, members receive a Care Navigator, their go-to source for all things Curative, and the direct point of contact if there are questions or concerns about coverage.




Member Services

Members can access our Member Services 24/7/365 for assistance. Our Member Services team is an excellent resource for any questions that may arise.

Member Services are available to assist with:

- ✓ Finding and verifying in-network providers
- ✓ Locating a participating pharmacy
- ✓ Transferring prescriptions
- ✓ Medication coverages & tiers
- ✓ Member Portal access and logging in
- ✓ Scheduling a Baseline Visit
- ✓ Updating member contact information
- ✓ Prior Authorizations
- ✓ Claims Processing and denial resolution

Say goodbye to frustrations and hello to a **better healthcare experience,** where employees are at the center of their own healthcare journey.

 Available 24/7/365

 855-428-7284

 health@curative.com



Telesalud de Curative: Atención médica virtual rápida y confiable

Reciba la atención médica que necesita, en cualquier momento y en cualquier lugar.

La Telesalud de Curative le brinda atención médica virtual a nivel nacional a cualquier hora, y le pone en contacto con un proveedor autorizado en menos de 7 minutos. Ya sea por teléfono o video, reciba atención médica rápida y sin complicaciones, directamente a través de su Portal de Afiliados de Curative.



Acceso rápido y fácil

Consulte con un proveedor **en minutos**, en cualquier momento, desde casa, el trabajo o mientras viaja.



Una experiencia ideal

Acceda directamente a través de su Portal de Afiliados de Curative sin la molestia de aplicaciones o inicios de sesión adicionales.



Cobertura nacional

Disponible **en los 50 estados**, para que siempre tenga una opción de atención médica virtual confiable.



En línea o por teléfono

Seleccione consultas vía **video o teléfono** según sus necesidades y nivel de comodidad.



Evaluación de síntomas guiada

Responda algunas preguntas rápidas para que se le asigne al proveedor de atención médica adecuado.



Comenzar con La Telesalud de Curative es fácil

1

Inicie sesión o llame

Inicie una consulta a través de su Portal de Afiliados de Curative o por teléfono.
health.curative.com/curative-telehealth

2

Responda algunas preguntas

Nuestro sistema le asignará al proveedor adecuado.

3

Consulte con un proveedor rápidamente

Reciba atención médica a través de **video o del teléfono**, con consultas que inician **en menos de 7 minutos**.



Para más información, visite curative.com/telehealth



Guía de Curative para recibir atención médica por \$0*

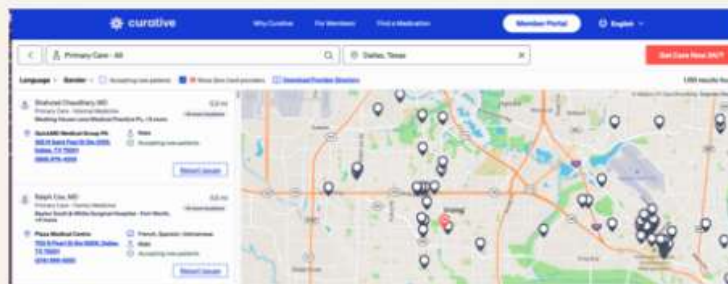
Dos tarjetas. Un objetivo. Cero dólares.

Garantizamos copagos y deducibles de \$0 para cualquier médico que se encuentre en nuestro recurso de búsqueda*. Hay dos opciones para proporcionar el pago cubierto por Curative: 1) facturación del seguro utilizando la Tarjeta de Identificación de Afiliado de Curative y 2) pago en efectivo utilizando nuestra exclusiva tarjeta Curative Zero Card. **De cualquier manera, usted no paga.**

A continuación, le presentamos una guía rápida y fácil para recibir atención médica por \$0.

Comience aquí Búsqueda de Proveedores

Todos los médicos que se muestran en curative.com/providers tienen costos adicionales de \$0 por los servicios cubiertos.



Opción 1

Tarjeta de Identificación de Afiliado



Use la Tarjeta de Identificación de Afiliado de Curative primero si el proveedor aparece en nuestra búsqueda.

Opción 2

Tarjeta Curative Cash Card



Use la Tarjeta Curative Cash Card para cualquier proveedor que aparezca con Zero Card en nuestra búsqueda. Dígame a la persona de la recepción que **pagaré el precio en efectivo** y entregue su Tarjeta Curative Cash Card. Piense en ella como una tarjeta de pago que no tiene impacto en su crédito. Se puede usar para visitas al consultorio, atención de urgencias, salud conductual y ciertos servicios sin estadías en el hospital. No incluye medicamentos, análisis de laboratorio ni beneficios no cubiertos.

Más Proveedores de \$0: Es fácil nominar a un proveedor para la Tarjeta Curative Cash Card. Complete un formulario rápido cur.tv/nominate o llame a Servicios para afiliados al 855-428-7284.

Respaldo: Si un proveedor aparece en nuestra búsqueda, pero no toma su Tarjeta de Identificación de Afiliado por algún motivo o intenta cobrarle un copago, entonces usted pagará en efectivo entregando su Tarjeta Zero Card de Curative.

Los afiliados deben tener 18 años o más para usar la Tarjeta Zero Card de Curative y completar su Visita Introductoria en los primeros 120 días posteriores a la fecha de inicio de su plan para mantener los costos adicionales de \$0. Las tarjetas de crédito comerciales Visa® Curative Zero Card son emitidas por Celtic Bank. Puede encontrar Términos y Condiciones adicionales en su cuenta del Portal de afiliados en health.curative.com.

©2024, Compañía de Seguros Curative



Where mental health support isn't a perk – it's the plan.

While most plans fall short on behavioral health, Curative closes the gap. We combine broad in-network access, leading virtual partnerships, and cash-pay flexibility—so every member can get the care they need, with \$0 cost-sharing and no red tape.



Unmatched mental health benefits:



Expansive mental health options:

Members get \$0 access to therapy, psychiatry, and condition-specific support through partners like Rula and Two Chairs—plus in-network providers across the country. Curative removes waitlists and cost barriers to connect members to the right care, fast.



Substance use management:

Curative covers personalized, stigma-free care through Pelago, Recovery Unplugged and in-network providers—with virtual and in-patient options that cost \$0 to the member.



Direct pay option: Nearly 1 in 3 mental health professionals don't take insurance. With Curative's payment card, members can see self-pay therapists and counselors—at no cost—bypassing outdated insurance barriers entirely.

Every Curative member can maintain access to **\$0 deductibles and copays** for covered services – including therapy, psychiatry and preferred prescriptions—simply by completing a Baseline Visit within the first 120 days of their plan start date.



Members access \$0 mental health care via in-network providers, virtual partners, and even self-pay providers using a Curative payment card.



Featured mental health providers

At Curative, we understand that supporting your employees' mental well-being is essential to maintaining a healthy, productive workforce. That's why we're committed to providing seamless access to reliable, supportive, and convenient mental health resources—so your team gets the care they need, when they need it. Members can also use our search tool to find local in-network options or apply their Curative card with eligible self-pay therapists—bypassing the limitations of traditional plans.

Provider	Condition	Ages	Availability	Cost with completion of the Baseline Visit
Rula	Individual, couples, and family therapy sessions (5+); psychiatry (13+)	5+, 13+	Virtual, Nationwide	\$0
Two Chairs	Therapy matching & support	18+	Virtual (AZ, CA, CO, FL, IL, MI, MN, NJ, NY, OH, OR, PA, SC, TX, VA, WA); In-Patient in FL, CA, WA	\$0
Televero	Virtual therapy, counseling, and psychiatry sessions	All	Virtual (Texas and Florida members)	\$0
Pelago	Substance use and mental health disorders	All	Virtual, nationwide	\$0
Recovery Unplugged	Substance use and mental health disorders	All	Virtual (TX, FL, VA, TN, SC, NJ); In-Patient in Fort Lauderdale, FL	\$0

Why is this important?

Only 44% of employers believe their current plan offers enough in-network behavioral health options to meet the needs of their employees and their families. Curative eliminates financial barriers and expands culturally aligned, in-network access to care, ensuring members get timely, relatable support while helping employers reduce costs and improve workforce well-being.

Source: [KFF](#)



Explore our mental health resource options & learn more at curative.com/mental-health.



Terapia y Psiquiatría de \$0

Su camino hacia el bienestar mental comienza con Rula.

Rula conecta a afiliados de Curative con más de **15,000 terapeutas y psiquiatras con licencia** en todo el país. Estos servicios están disponibles **sin costo para usted**.* Los servicios de terapia están disponibles para **adultos, niños de 5 años en adelante, parejas y familias**. Se ofrecen servicios de psiquiatría para adolescentes de 13 años en adelante y adultos.



¿Por qué elegir Rula para sus necesidades de salud mental?



Encontrará a un proveedor en 30 segundos

La plataforma de Rula le conecta con un proveedor con licencia casi al instante, generalmente en solo 30 segundos.



Ofertas flexibles de atención virtual

Acceda a una gama completa de servicios virtuales, que incluyen terapia individual, de pareja y familiar, además de atención psiquiátrica.



Proveedores en los 50 estados

Disfrute del acceso a atención virtual de calidad dentro de la red, con proveedores autorizados, disponibles en todo el país, en los 50 estados.



Será atendido en tan solo 2 días

Una vez que haya encontrado a su proveedor, puede programar una cita y ser atendido en tan solo dos días. El eficiente sistema de Rula está diseñado para brindar atención inmediata cuando más la necesita.



Para comenzar su camino hacia un mejor bienestar mental, visite rula.com/curative.



*Los servicios de Rula continuarán ofreciéndose por \$0 para los afiliados de Curative que completen su

Visita Introductoria dentro de los 120 días posteriores a la fecha de inicio de su plan. 251403



Detener el estigma comienza contigo.

Curative se ha asociado con Pelago para ayudarle a usted o a los miembros de su familia a dar el primer paso para reducir, controlar o dejar de consumir alcohol, tabaco u opioides. Al igual que la diabetes o la presión arterial alta, la adicción es una afección crónica que puede tratarse. La gente de verdad puede mejorar, y usted o un miembro de su familia podrían ser uno de ellos.

3 pasos sencillos para registrarse

01

Escanee el código QR o visite pelago.health/curative



02

Descargue la aplicación de Pelago

03

Cree una cuenta (sin costo para usted*)



Puede contar con nosotros



Seguimiento de metas de salud - Establezca sus metas y únase a un programa personalizado para lograr un progreso real.



Acceso a cualquier hora - Regístrese y realice un seguimiento de su progreso, todo desde la privacidad de su hogar a través de nuestra aplicación móvil.



Soporte personalizado 1:1 - Su entrenador dedicado está con usted en cada paso del camino, cuando lo desee.

Conozca Pelago.

Pelago es parte de sus beneficios de Curative, y nuestros programas están disponibles sin costo para usted.* Es completamente confidencial y siempre libre de juicios. Pelago ha ayudado a miles de personas a dejar de fumar o reducir su consumo de sustancias.

¿Preguntas?

Comuníquese con su Promotor de Salud o con Servicios para Afiliados al 855-428-7284

Pelago está disponible para los afiliados del plan de Curative y sus dependientes que estén cubiertos con edad de 18 años o mayores.

*Cada afiliado de Curative puede calificar para \$0 en costos adicionales para atención dentro de la red y recetas médicas preferidas con la realización de una Visita Introductoria en los primeros 120 días de la fecha de vigencia del plan. Véase [aquí](#) para aprender más.
© 2024, Todos los derechos reservados. **Compañía de Seguros Curative.**

Programas adicionales

Visite www.curative.com/programs para obtener más detalles

Salud mental

Diabetes
tipo 2

Control de
peso

Galleri (50+)

Uso de
sustancias

Nutrición

Hipertensión

Maternidad

OBTENGA ACCESO A LA MEJOR ATENCIÓN

1. Servicios Curativos para Miembros: llame o envíe un mensaje de texto al 855-428-7284, 24/7/365
2. Envíe un correo electrónico a Servicios para miembros: health@curative.com
3. Vaya a www.curative.com para crear su inicio de sesión
4. Ir a www.curative.com/get-care para utilizar la telesalud, buscar proveedores dentro de la red y farmacias.
5. Haga clic aquí para ir a Cash Card o use el código QR a continuación para nominar a un proveedor.



Plan Básico



El Plan de Indemnización Básico todavía está disponible a través del Trabajador Americano. No hay cambios en Contribuciones o beneficios de los empleados.

El Plan de Indemnización del Trabajador Estadounidense Grupo #1609	
Cobertura de Beneficios	Plan Estándar / Red PHCS
Consultorio Médico	\$50 por día, 6 días al año
Telemedicina (Tu versión más saludable)	Acceso gratuito a médicos por teléfono o en línea
Cuidado Preventivo	\$100 por día, 1 día por año
Diagnóstico Ambulatorio, Laboratorio/Radiografía	\$25 por día de prueba, 2 días por año
Estudios Avanzados Ambulatorios	\$100 por día de prueba, 3 días al año
Sala de Emergencia	\$100 por día, 2 días al año
Quirúrgica en Paciente	\$500 por día, 1 día por año
Cirugía Ambulatoria	\$250 por día
Cirugía Menor Ambulatoria	\$50 por día
Cirugía Máxima Ambulatoria	1 día por año
Anestesia	30% del beneficio quirúrgico
Indemnización diaria por Hospitalización	\$100 por día, 500 días, máximo de por vida
Admisión Hospitalaria	\$100 suma global por confinamiento
Unidad de Cuidados Intensivos	\$200 por día, 30 días al año
Abuso de Sustancias/Enfermedad Mental	\$50 por día, 30 días al año
Enfermería Especializada	\$50 por día, 60 días al año
Ambulancia (Terrestre y Aérea)	\$100 por día, 2 días al año
Seguro Médico por Accidente (AD&D) (Empleado/Cónyuge/Hijo)	Hasta \$5,000 por incidente \$15,000 / \$7,500 / \$3,000
Medicamentos Recetados	Nivel de \$10, \$20, \$50

Contribuciones de los empleados para el plan básico

Contribuciones Mensual	
Plan de indemnización	
Empleado	\$28.91
Empleado y Cónyuge	\$61.69
Empleado y Hijo(s)	\$46.89
Empleado y Cónyuge & Hijo(s) (Familia)	\$66.30

Seguro dental



Allied Interiors Group continuará ofreciendo un programa dental a través de Mutual of Omaha. El cuadro a continuación es un breve resumen del plan. Consulte la descripción resumida del plan para obtener detalles completos del plan. Número de grupo G000CLHB

Cobertura de Beneficios	Dental - Plan Bajo		Dental – Plan Alto	
	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Deducible Anual				
Individual	\$50	\$50	\$50	\$50
Familia	\$150	\$150	\$150	\$150
¿Exento de atención Preventiva?	Yes	Yes	Yes	Yes
Máximo Anual				
Ppr Persona / Familia	\$1,000	\$1,000	\$2,000	\$2,000
Preventiva	100%	100%	100%	100%
Básica	80%	80%	80%	80%
Mayor	50%	50%	50%	50%
Ortodoncia				
Porcentaje de Beneficio	Not covered	Not covered	50%	50%
Adultas	Not covered	Not covered	Covered	Covered
Hijo(s) Dependiente(s)	Not covered	Not covered	Covered	Covered
Maximo de por Vida	N/A	N/A	\$2,000	\$2,000

Contribuciones de los empleados Quincenal (26 períodos de pago por año)	
Dental – Bajo	
Empleado	\$11.01
Empleado y Cónyuge	\$22.57
Empleado y Hijo(s)	\$23.05
Familia	\$35.78
Dental - Alto	
Employee	\$23.60
Empleado y Cónyuge	\$48.40
Empleado y Hijo(s)	\$49.40
Familia	\$76.76



Seguro de visión

Allied Interiors Group ofrece seguros de visión a través de Mutual of Omaha. El resumen de beneficios se encuentra a continuación.

Cobertura de beneficios		Compañía de Seguros Mutual of Omaha Número de grupo G000CLHB	
Copago			
Exámenes de rutina (anuales)		Copago de \$10	
Materiales de visión			
Materiales Copago		Copago de \$25	
Lentes		El beneficio varía según el tipo de lente. Cubierta cada 12 meses (lentes de contacto o lentes para gafas)	
Contactos Cubierto en lugar de marcos. Los contactos médicamente necesarios pueden estar cubiertos a un nivel de beneficio más alto		Los contactos electivos cubrían el 100% hasta una asignación de hasta \$150; 15% de descuento sobre el saldo. Lentes permitidas cada 12 meses (lentes de contacto o lentes para gafas)	
Marcos		Cubierto al 100% hasta \$150 de asignación; 20% de descuento en el saldo cada 24 meses	

Empleado quincenal	
Visión	
Empleado	\$2.76
Empleado y cónyuge	\$6.37
Empleado y hijo(s)	\$6.74
Empleado y Cónyuge & Hijo(s) (Familia)	\$10.68



Cuenta de gastos flexibles (FSA)

El plan de Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) con **iSolved Benefit Services** (anteriormente conocido como Infinisource) le permite reservar dólares antes de impuestos para cubrir los gastos calificados de atención médica y cuidado de dependientes que normalmente pagaría de su bolsillo con dólares después de impuestos. No paga impuestos federales o estatales sobre la renta sobre el dinero que coloca en una FSA. El límite de contribución permitido para 2025 es de **\$3,300**. (La contribución permitida para 2026 aumenta a \$3,400).

El año del plan FSA es del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año calendario. Puede participar en una FSA de atención médica y/o en la FSA de cuidado de dependientes, **pero DEBE volver a inscribirse en la FSA cada año del plan. Las elecciones del año anterior solo le permitirán transferir más de \$ 680.**

Una vez que se inscriba en la FSA, no puede cambiar el monto de su contribución durante el año a menos que experimente un evento de vida calificado.

Plan	Cuidado de la salud FSA	Cuidado de dependientes FSA
¿Quién es elegible?	Para empleados inscritos en cualquiera de los planes médicos EPO/PPO u otro plan médico que no sea HSA.	Para todos los empleados elegibles para beneficios
Límites Anuales	Contribuya hasta \$3,400 por año del plan FSA.	Contribuya hasta \$7,500 por año, o \$3,750 si está casado y presenta declaraciones de impuestos por separado.
¿Quién está cubierto?	Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes, incluso si no están cubiertos por su plan médico.	Hijos dependientes menores de 13 años o cualquier dependiente reclamado en los impuestos federales sobre la renta que sea incapaz de cuidarse a sí mismo.
Gastos Elegibles	Copagos médicos, dentales o de la vista, coseguros, deducibles, anteojos y muchos medicamentos de venta libre.	Guardería y programas extraescolares para dependientes de hasta 13 años o guardería para un dependiente declarado en impuestos de cualquier edad. El cuidado debe ser necesario para que usted y su cónyuge puedan trabajar o estudiar a tiempo completo.
Gastar Por	Se pueden transferir hasta \$680 al siguiente año del plan. Los fondos no utilizados que excedan esta cantidad se perderán.	Todos los fondos no utilizados en su cuenta después del 31 de diciembre se perderán según las reglas del IRS de “úselo o piérdalo”.

Cómo funciona una FSA:

- Elija una cantidad específica de dinero para contribuir en cada periodo de pago, antes de impuestos, a una o ambas cuentas durante el año.
- El monto se deduce automáticamente de su pago al mismo nivel en cada periodo de pago.
 - **A partir del 1 de enero, tiene acceso inmediato a la cantidad anual completa elegida en su FSA para el cuidado de la salud.**
 - **Solo podrá acceder a los fondos disponibles en su FSA para el cuidado de dependientes, no a los fondos “futuros”.**
- A medida que incurra en gastos elegibles, puede usar su tarjeta de débito de gastos flexibles para pagar en el punto de servicio O presentar la documentación correspondiente para que el plan le reembolse.
- ¡Guarda tus recibos! Es posible que deba presentarlos durante una auditoria del año del plan, según lo requiera el IRS.



Employee Assistance Program

Available Services When You Need Help the Most



Life isn't always easy. Sometimes a personal or professional issue can affect your work, health and general well-being. During these tough times, it's important to have someone to talk with to let you know you're not alone.

With Mutual of Omaha's Employee Assistance Program, you can get the help you need so you spend less time worrying about the challenges in your life and can get back to being the productive worker your employer counts on to get the job done.

Learn more about the Employee Assistance Program services available to you.

We are here for you

Visit the Employee Assistance Program website to view timely articles and resources on a variety of financial, well-being, behavioral and mental health topics.

mutualofomaha.com/eap
or call us: 1-800-316-2796

Enhanced EAP Services

Features	Value to Company and Employees
Employee Family Clinical Services	<ul style="list-style-type: none"> An in-house team of Master's level EAP professionals who are available 24/7/365 to provide individual assessments Outstanding customer service from a team dedicated to ongoing training and education in employee assistance matters Access to subject matter experts in the field of EAP service delivery
Counseling Options	<ul style="list-style-type: none"> Three sessions per year (per household) conducted by either face-to-face* counseling or video telehealth via a secure, HIPAA compliant portal
Exclusive Provider Network	<ul style="list-style-type: none"> National network of more than 10,000 licensed clinical providers Network continually expanding to meet customer needs Flexibility to meet individual client/member needs

*California Residents: Knox-Keene Statute limits no more than three face-to-face sessions in a six-month period per person.

Continued on back.

Features	Value to Company and Employees
Access	<ul style="list-style-type: none"> 1-800 hotline with direct access to a Master's level EAP professional 24/7/365 services available Telephone support available in more than 120 languages Online submission form available for EAP service requests EAP professionals will help members develop a plan and identify resources to meet their individual needs
Employee Family Legal Services	<ul style="list-style-type: none"> Valuable resources – legal libraries, tools and forms – available on EAP website A counseling session may be substituted for one legal consultation (up to 30 minutes) with an attorney 25% discount for ongoing legal services for same issue
Employee Family Financial Services	<ul style="list-style-type: none"> Inclusive financial platform powered by Enrich that includes financial assessment tools, personalized courses, articles and resources, and ongoing progress reports to help members monitor their financial health A counseling session may be substituted for one financial consultation (up to 30 minutes) with an attorney 25% discount for ongoing financial services for same issue
Employee Family Work/Life Services	<ul style="list-style-type: none"> Child care resources and referrals Elder care resources and referrals
Online Services	<ul style="list-style-type: none"> An inclusive website with resources and links for additional assistance, including: <ul style="list-style-type: none"> Current events and resources Family and relationships Emotional well-being Financial wellness Substance abuse and addiction Legal assistance Physical well-being Work and career Bilingual article library
Employee Communication	<ul style="list-style-type: none"> All materials available in English and Spanish
Eligibility	<ul style="list-style-type: none"> Full-time employees and their immediate family members; including the employee, spouse and dependent children (unmarried and under 26) who reside with the employee
Coordination with Health Plan(s)	<ul style="list-style-type: none"> EAP professionals will coordinate services with treatment resources/providers within the employee's health insurance network to provide counseling services covered by health insurance benefits, whenever possible

<https://www.mutualofomaha.com/eap/>



Mutual Solutions

Asistencia mundial en viajes que viaja con usted



Sienta la tranquilidad de saber que la asistencia en viajes* lo acompaña por el mundo, le brinda acceso a una red de profesionales que pueden ayudarlo con las referencias médicas locales o proporcionarle otros servicios de asistencia para emergencias en otros países.

Disfrute de su viaje. Estaremos a su disposición si nos necesita, las 24 horas del día, los siete días de la semana

La asistencia en viajes puede ayudarlo a evitar sacudidas inesperadas en el camino en cualquier parte del mundo. Para usted, su cónyuge y menores dependientes en cualquier viaje de hasta 120 días de duración, a más de 100 millas de su hogar.

Asistencia previa al viaje**

Para minimizar las molestias de los viajes, llámenos antes de su partida y consulte lo siguiente:

- Información sobre su pasaporte, visa o cualquier otra documentación requerida para viajes al extranjero
- Requisitos sanitarios, aduaneros y de vacunas de otros países
- Pronósticos locales e internacionales
- Tipo de cambio con actualización diaria
- Ubicaciones de consulados y embajadas

Servicios de asistencia en viajes para casos de emergencia

- Servicios telefónicos de traducción e interpretación: acceso las 24 horas, todos los días, a servicios telefónicos de traducción
- Localización de servicios legales: remisiones a fiscalías u oficinas consulares locales y asistencia en el mantenimiento de las comunicaciones familiares y empresariales hasta que se contrate un asesor legal (incluye la coordinación de la asistencia financiera para fianzas/cauciones)
- Equipaje: asistencia con la pérdida, el robo o la demora del equipaje cuando el viaje se realice en transporte público
- Dinero en efectivo y pago de emergencia: asistencia con el adelanto de fondos para gastos médicos u otras emergencias en viajes mediante la coordinación con la compañía de su tarjeta de crédito, banco, empleador u otra fuente de crédito; se incluyen los acuerdos de dinero en efectivo en caso de emergencia con amigos, familiares, empresas o tarjetas de crédito
- Mensajes de emergencia: asistencia con la grabación y la recuperación de mensajes entre usted, su familia y socios comerciales en cualquier momento
- Reposición de documentos: coordinación para la reposición de la tarjeta de crédito, el pasaje aéreo u otro documento

*Beneficio proporcionado por Mutual of Omaha Insurance Company. Servicios proporcionados por AXA Assistance USA (AXA)

**Disponible en cualquier momento, no sujeto al radio de distancia de 100 millas

452632_SP



ASISTENCIA MUNDIAL EN VIAJES

Servicios disponibles para viajes corporativos y personales.

En caso de consultas dentro de los EE. UU., llame a la línea gratuita:

1-800-856-9947

Fuera de los EE. UU., llame a la línea de cobro revertido:

(312) 935-3658



ASISTENCIA MUNDIAL EN VIAJES

Servicios disponibles para viajes corporativos y personales.

En caso de consultas dentro de los EE. UU., llame a la línea gratuita:

1-800-856-9947

Fuera de los EE. UU., llame a la línea de cobro revertido:

(312) 935-3658

- Devolución de vehículo: en caso de que sea necesaria la evacuación o la repatriación, se ofrece la devolución del vehículo sin utilizar a la compañía de alquiler de automóviles

Asistencia médica

- Búsqueda de proveedores médicos y referencias
- Comunicación sobre su estado de salud a familiares, médicos, empleadores, compañías de viajes y consulados
- Evacuación de emergencia si no hay centros médicos adecuados disponibles, incluido el pago de los gastos cubiertos
- Traslado a su domicilio para otro tratamiento; en caso de muerte, asistencia en el traslado de los restos mortales
- Coordinación del transporte para la visita de un familiar o amigo si su hospitalización dura más de siete días calendario
- Viaje de regreso al domicilio para menores dependientes si su hospitalización dura más de siete días calendario
- Asistencia en la coordinación del alojamiento si es necesario un proceso de convalecencia antes o después del tratamiento médico
- Coordinación con la compañía de seguros de salud durante una emergencia médica
- Asistencia para obtener medicamentos recetados u otros artículos médicos personales necesario

Robo de identidad

Su beneficio de asistencia en viajes incluye asistencia en caso de robo de identidad, que se coordina sin ningún costo adicional. Ya sea si se encuentra en su hogar o de viaje, este beneficio le brinda material educativo y de prevención, además de información para la recuperación, a fin de ayudarlo a proteger su identidad.

Material educativo y de prevención

- Guía integral de asistencia en casos de robo de identidad
- Consejos para protegerse del robo de identidad

Información para la recuperación

- Información sobre los pasos que debe seguir para recuperarse de una estafa con cheques o tarjetas de crédito

- Pautas para seguir si su número de seguridad social está en riesgo
- Instrucciones en caso de pérdida o robo del pasaporte
- Lista de contactos de instituciones financieras, oficinas de créditos y compañías de cheques

Asistencia

Si necesita ayuda con un problema de robo de identidad, administradores de casos están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, con los que puede comunicarse llamando al mismo número de línea gratuita utilizado para llamar a AXA: 800-856-9947.

Limitaciones del plan de asistencia en viajes

AXA no cubrirá el pago de una evacuación de emergencia, una repatriación por necesidad médica, una repatriación de los restos mortales u otros gastos incurridos cuando el viaje no supere las 100 millas desde el lugar de residencia del participante, o bien por alguna de las siguientes razones:

- Un viaje único que se extienda por más de 120 días
- El viaje se opone a las indicaciones del médico
- El viaje se realiza para recibir tratamiento médico
- En caso de embarazo y parto (excepción: complicaciones del embarazo)

Los gastos por la evacuación de emergencia, la repatriación por necesidad médica, la repatriación de los restos mortales, la coordinación del traslado de regreso de menores dependientes, familiares o amigos y la devolución de un vehículo tienen un límite de \$ 200,000 por persona por evento.

Todos los costos adicionales correrán a cargo del miembro. Esto incluye los costos médicos que son responsabilidad de la persona que recibe los servicios médicos. A fin de reunir los requisitos para este programa, los servicios deben ser autorizados y coordinados por el personal designado por AXA Assistance USA, Inc. No se aceptarán reclamos de reembolso por gastos de bolsillo.

Los servicios de asistencia en viaje son ofrecidos y administrados de forma independiente por AXA Assistance USA, Inc. (AXA). Los beneficios proporcionados como parte de la asistencia en viaje son suscritos por un tercero. AXA no está afiliada de ningún otro modo con las compañías de Mutual of Omaha. Podrían llegar a presentarse circunstancias más allá del control de AXA Assistance USA que dificulten sus intentos de proporcionar los servicios. AXA Assistance USA hará todos los esfuerzos razonables para ayudarlo a resolver su situación de emergencia. Ambas compañías son responsables de sus propias obligaciones contractuales y financieras. Pueden aplicarse limitaciones adicionales. Póngase en contacto con AXA para obtener más información.



Lleve esta tarjeta con
usted a donde viaje

Beneficio proporcionado por Mutual of Omaha.
Servicios proporcionados por AXA Assistance USA.



Lleve esta tarjeta con
usted a donde viaje

Beneficio proporcionado por Mutual of Omaha.
Servicios proporcionados por AXA Assistance USA.

SERVICIOS DE PREPARACIÓN DE TESTAMENTOS

Servicios prestados por Epoq, Inc.

Hacer un testamento es una inversión importante para su futuro. Especifica cómo quiere que se distribuyan sus posesiones después de su muerte. Sin importar si es soltero, casado, tiene hijos o nietos, su testamento debe adaptarse a su situación vital

Fácil, gratuito y seguro

Epoq ofrece un espacio de cuenta seguro que le permite preparar testamentos y otros documentos legales. Cree un testamento que se adapte a sus necesidades únicas desde la comodidad de su casa.

Epoq proporciona los siguientes documentos GRATIS:

- Testamento vital y fideicomiso
- Poder notarial
- Directiva de sanidad
- Testamento de vertido
- Última voluntad y testamento

Así es como funciona:

- Inicie sesión en www.willprepservices.com y use el código MUTUALWILLS para registrarse
- Responda a las sencillas preguntas desde cualquier dispositivo y vea cómo se personaliza su documento en tiempo real
- Descarga, imprima y comparte cualquier documento al instante
- No olvide actualizar sus documentos con cualquier cambio importante en su vida, incluidos el matrimonio, el divorcio y el nacimiento de un hijo.
- Haga que el documento sea legalmente vinculante: compruebe los requisitos de su estado

Cree su testamento en www.willprepservices.com
y use el código **MUTUALWILLS** para registrarse



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

Epoq, Inc. ofrece de forma independiente servicios de preparación de testamentos y otros documentos. (Epoq) y están sujetos a sus términos de servicio y política de privacidad. Epoq es un servicio en línea que proporciona ciertos formularios legales e información jurídica. Epoq no es un bufete de abogados y no sustituye el asesoramiento de un abogado. United of Omaha Life Insurance Company y Epoq son compañías independientes y no afiliadas. Aunque United of Omaha Life Insurance Company pone los servicios de Epoq a disposición de los clientes de seguros de vida grupales, el uso de los servicios de Epoq es totalmente voluntario. United of Omaha Life Insurance Company no proporciona, no es responsable, no asume ninguna responsabilidad financiera y no garantiza la exactitud, la adecuación o los resultados de cualquier servicio, asesoramiento o documentos proporcionados por Epoq. United of Omaha Life Insurance Company tampoco es responsable y no asume ninguna responsabilidad por la divulgación de datos o información personal por parte de Epoq. Estos servicios sólo están disponibles para los clientes de seguros de vida grupales de United of Omaha Life Insurance Company. Este servicio no está disponible en Nueva York.

610862

Seguro de vida y muerte accidental y desmembramiento

Allied Interiors Group ofrece beneficios de Vida Básica y AD&D a los empleados elegibles. El beneficio del seguro de vida se pagará a su beneficiario designado en caso de fallecimiento mientras esté cubierto por el plan. El beneficio de AD&D se pagará en caso de pérdida de la vida o una extremidad por accidente mientras esté cubierto por el plan.

Compañía de Seguros Mutual of Omaha Número de grupo G000CLHB	
Tú	
Beneficio Máximo	\$25,000
Emisión garantizada	\$25,000
Su cónyuge	
Beneficio Máximo	No cubierto
Emisión garantizada	No cubierto
Su hijo	
Beneficio Máximo	No cubierto
Emisión garantizada	No cubierto

Los beneficios anteriores comenzarán a disminuir a partir de los 65 años. A los 65 años, los beneficios se reducen al 65% de la cantidad original cubierta. A los 70 años, los beneficios se reducen al 50% de la cantidad original cubierta.

Es hora de actualizar a sus beneficiarios



Seguro de vida Voluntario



Además de la cobertura de vida básica y AD&D pagada por el empleador, tiene la opción de comprar un seguro de vida voluntario adicional para cubrir cualquier brecha en su cobertura existente que pueda ser el resultado de los horarios de reducción de edad, el costo de vida, las obligaciones financieras existentes, etc. Sin embargo, su elección podría estar sujeta a preguntas médicas y evidencia de asegurabilidad. Si ingresa tarde, se requerirá un formulario EOI.

Sus contribuciones dependerán de su edad y de la cantidad de cobertura que elija. Usted (Empleados) puede elegir 5 veces su salario hasta \$100,000 sin un formulario de Evidencia de Asegurabilidad (EOI) que incluya preguntas médicas. Puede elegir hasta 5 veces su salario anual hasta \$ 300,000, sin embargo, debe completar una EOI y se revisará para determinar si es elegible para una cobertura adicional. Su cónyuge puede elegir el 100% de su beneficio hasta \$15,000 sin una EOI y los hijos pueden elegir \$10,000 sin una EOI. Su cónyuge puede elegir hasta el 100% del beneficio del empleado hasta \$150,000, sin embargo, su cónyuge debe completar una EOI y se revisará para determinar si usted es elegible. Número de grupo G000CLHB.

Las tarifas están determinadas por la edad. La edad del cónyuge y del empleado se basa en la edad del empleado.

BENEFIT SUMMARY

EMPLOYEE BENEFIT AMOUNTS

Minimum Benefit	Maximum Benefit	Increments	Guarantee Issue Amount*
\$10,000	5X Annual Salary, up to \$300,000	\$10,000	5X Annual Salary, up to \$100,000

*Guarantee Issue Amounts assume a participation rate of at least 25% of eligible employees.

BENEFIT REDUCTION SCHEDULE**

At Age	Benefits Reduce to:
65	65%
70+	50%

** All benefit reductions are a percentage of the original benefit amount. Coverage terminates at retirement. The Guarantee Issue Amount is reduced according to the reduction schedule.

DEPENDENT SPOUSE BENEFIT AMOUNTS***

Minimum Benefit	Maximum Benefit	Increments	Guarantee Issue Amount
\$5,000	100% of Employee's Benefit, up to \$150,000	\$5,000	100% of Employee's Benefit, up to \$15,000

*** Dependent Spouse and/or Child coverage is only available if the Employee has coverage under this plan. Spouse coverage terminates at age 70.

DEPENDENT CHILD BENEFIT AMOUNTS

Minimum Benefit	Maximum Benefit	Increments	Guarantee Issue Amount
\$10,000	\$10,000	\$10,000	\$10,000

Dependent child coverage from birth to six months is as follows:

Birth to 14 days	14 days to 6 mos.
\$1,000	\$1,000

AD&D BENEFIT AMOUNT

The AD&D Principal Sum amount is equal to the amount of voluntary term life insurance for employees and eligible dependents.

Las tarifas estarán disponibles en el portal de inscripción de ADP.

Los beneficios para cónyuges terminan a los 70 años.

Accidente y Lesión seguro Voluntario

Nadie planea tener un accidente, pero puede ocurrir en cualquier momento del día. La mayoría de los principales planes de seguro médico solo pagan una parte de las facturas. Nuestra póliza puede ayudar a continuar donde lo deja otro seguro y proporcionar efectivo para cubrir los gastos. Nuestra cobertura de accidentes ayuda a ofrecer tranquilidad cuando ocurre una lesión accidental. La cobertura del Plan de Accidentes es extensa. Consulte el resumen completo para obtener más detalles. El resumen está disponible a través de Recursos Humanos. Solo las lesiones fuera del trabajo están cubiertas.

ACCIDENT BENEFITS

INITIAL CARE & EMERGENCY BENEFITS

Most Initial Care/Emergency benefits require treatment or service within 72 hours of an accident and are payable once per accident per insured person.

Benefit	Amount
Initial Care	Class 1
Emergency Room	\$300
Urgent Care Center	\$225
Initial Physician Office Visit	\$100
Emergency Transportation	Class 1
Ground Ambulance	\$300
Air Ambulance	\$1,500

ACCIDENT MONTHLY PREMIUM RATES

Class 1

Employee/Member	Employee/Member + Spouse	Employee/Member + Child(ren)	Employee/Member + Family
\$7.00	\$11.00	\$12.50	\$19.00



Indemnización hospitalaria voluntaria



La mayoría de los principales planes de seguro médico solo pagan una parte del costo de la hospitalización. Nuestra póliza puede ayudar a continuar donde otros seguros lo dejan y proporcionar efectivo para cubrir los gastos. Existe una limitación preexistente. Consulte el resumen del plan para obtener todos los detalles. Número de grupo G000CLHB



When you're hospitalized, expenses can add up quickly.

Hospital stays can be stressful and having to worry about the high costs of hospitalization should not be part of the recovery plan. Hospital Indemnity insurance helps to ease your mind about handling hospitalization costs – even if they are not hospital bills.

A hospital indemnity insurance policy supplements your medical coverage and provides a cash benefit for hospital related fees you or an insured family member sustain as a result of being hospitalized. This benefit can be used to pay out-of-pocket medical expenses, help supplement your daily living expenses and cover unpaid time off work.

As an active employee of Allied Stone, Inc., you have hospital indemnity coverage for yourself and your family members, and premiums can be deducted from your paycheck. Hospital indemnity supplements your existing health insurance coverage by helping pay for out-of-pocket expenses incurred due to an injury or illness that may not be covered under other insurance plans.



BENEFITS

Benefits described in this proposal will only be payable if treatment for injury or sickness occurs on or after the insured person's coverage effective date and while the policy is in-force. The benefit amounts payable are based on the type and amount of insurance in effect on the date treatment of injury or sickness occurs, subject to the definitions, limitations, exclusions, and other provisions of the certificate. This is 24-hour coverage (on and off-job). Maternity is included.

Hospital Admission & Confinement	Amount
Hospital Admission —limited to a combined total of 1 admission per policy year. Hospital Admission & Hospital ICU Admission benefits are not payable on the same day.	Class 1
Hospital Admission	\$1,000 per admission
ICU Admission	\$1,000 per admission
Hospital Confinement —limited to a combined total of 180 days per policy year. Hospital/ICU confinement benefits are not payable on the same day as Hospital/ICU admission benefits.	Class 1
Daily Hospital Confinement	\$150 per day
Daily ICU Confinement	\$300 per day
Additional Benefits	Amount
	Class 1
Health Screening Benefit	\$50; 1 time per insured person per calendar year; up to 6 per family per calendar year
Express Benefit (equal to one daily hospital confinement benefit)	\$150 per hospital admission

HOSPITAL INDEMNITY MONTHLY PREMIUM RATES

	Employee/Member	Employee/Member + Spouse	Employee/Member + Child(ren)	Employee/Member + Family
Class 1	\$17.25	\$34.60	\$30.25	\$48.65

Enfermedad Crítica Voluntaria

Las señales que apuntan a una enfermedad crítica no siempre son claras y es posible que no se puedan prevenir, pero nuestra cobertura puede ayudar a ofrecer protección financiera en caso de que se le diagnostique. La cobertura voluntaria de enfermedades críticas del grupo Mutual of Omaha Insurance Company proporciona un beneficio en efectivo de suma global para ayudarlo a cubrir los gastos de bolsillo asociados con una enfermedad crítica. Consulte el resumen del plan para obtener todos los detalles.



An unexpected critical illness can have a lasting impact on you and your family – physically, emotionally and financially.

As an active employee of Allied Stone, Inc., you can give your family the extra security they need to lessen the financial impact of a serious illness by purchasing Critical Illness insurance through United of Omaha Life Insurance Company.

A critical illness insurance policy provides a lump-sum cash benefit upon diagnosis of a critical illness like a heart attack, stroke or cancer. The benefit can be used to pay out-of-pocket expenses or to supplement your daily cost of living.

How much insurance is enough?

Even if you have the best health insurance plan, it will not cover 100 percent of medical expenses. You also need to consider other expenses associated with the recovery process – time off work, travel to treatment centers, home modifications – that may quickly deplete your savings.

Coverage guidelines and benefits are outlined in the chart below.



Número de grupo G000CLHB.

AMOUNT(S) OF INSURANCE

CRITICAL ILLNESS (CI)

The CI insurance amount for the employee/member and any dependent(s) is selected at time of enrollment within the following parameters. Child insurance is automatic (a separate election is not required).

	Minimum Amount	Maximum Amount	Increments	Guarantee Issue Amount*
Employee/Member	\$5,000	\$30,000	\$5,000	\$30,000
Spouse	\$5,000	100% of employee/member benefit amount, up to \$30,000**	\$5,000	\$30,000
All Children†	50% of employee/member benefit, up to \$15,000**			\$15,000

*Guarantee Issue is only available if the minimum participation requirement is met. If participation does not reach the required level, the Guarantee Issue Amount(s) may be reduced or rescinded.

**The amount of insurance for any dependent will be rounded to the next higher multiple of \$1,000, if not already an even multiple of \$1,000.

†Child coverage begins at birth and terminates at age 26 unless the child is incapacitated.

CRITICAL ILLNESS PREMIUM RATES

Age Band	Employee/Member* Monthly Rates per \$1,000
<30	\$0.340
30 - 39	\$0.486
40 - 49	\$0.828
50 - 59	\$1.410
60 - 69	\$2.336
70 - 79	\$2.871
80 - 99	\$3.109

*Employee/member and spouse premiums are calculated with the employee/member's age as of the effective date of the plan. Rates are adjusted once each year on the plan anniversary date that coincides with or follows the day an employee/member reaches the starting age of the next age band.

Inscripción Abierta de Beneficios 2026

9 de noviembre - 22 de noviembre



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

1

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

2

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

3

Inscribase 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**



Allied Stone | Allied Gallery | Square Cabinetry | Allied Interior Solutions

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



Hablamos sobre seguros.

**Llame al Centro de
Recursos de Beneficios
("BRC")**

¡Estamos Aquí Para Ayudar!

¿El seguro le ha negado servicios?

¿Por qué el seguro no quiere pagar?

**Mi reclamo aún se encuentra
en proceso, después de dos meses!**

**Después de hablar con mi seguro,
quedé más confundido.**

**¿ Puedo ordenar mis medicamentos
por correo?**

Nuestros especialistas en beneficios pueden ayudarlo con:

- Decisiones respecto a qué plan es el mejor para usted
- Preguntas sobre pólizas y planes de beneficios
- Problemas de elegibilidad y reclamos con las aseguradoras
- Información sobre procesos y apelaciones de reclamos
- Cambios permitidos en las elecciones de estado familiar
- Transición de la atención al cambiar de aseguradora
- Intensificación, apelación y resolución de reclamos
- Conceptos básicos de Medicare con el plan de su empleador
- Coordinación de beneficios
- Búsqueda de proveedores dentro de la red
- Acceso a cuestiones de atención
- Servicios de manejo de casos
- Reclamos colectivos por discapacidad laboral

Centro de Recursos de Beneficios

BRCSouthwest@usi.com | Línea gratuita: 855-874-0110

Lunes a Viernes de 8am a 5pm hora del EST & CST

Contactos



¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda?

Allied Interiors Group se complace en ofrecer acceso al Centro de Recursos de Beneficios (BRC) de USI, que está diseñado para brindarle un enfoque práctico, consistente y receptivo para las consultas de beneficios. Los especialistas en beneficios están disponibles para investigar y resolver reclamos elevados, problemas de elegibilidad no resueltos y cualquier otro problema de beneficios con el que pueda necesitar ayuda. Los especialistas en beneficios son profesionales experimentados y su responsabilidad principal es ayudarlo.

Los especialistas en el Centro de Recursos de Beneficios están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del este y del centro, al 855-874-0110 o por correo electrónico al BRCSouthwest@usi.com. Si necesita ayuda fuera del horario comercial habitual, deje un mensaje y uno de los especialistas en beneficios le devolverá la llamada o el mensaje de correo electrónico al final del siguiente día hábil.

Comuníquese con Recursos Humanos para completar cualquier cambio en sus beneficios que no esté relacionado con su inscripción inicial o anual.

Servicio al cliente del operador

BENEFITS PLAN	CARRIER	PHONE NUMBER	WEBSITE
Médico	Curative Insurance Company	855-428-7284	www.curative.com
Indemnización médica	The American Worker Group 1609	866-866-3424	www.mutualofomaha.com/awp
Dental PPO	Mutual of Omaha Group G000CLHB	800- 927-9197	www.mutualofomaha.com
Visión	Mutual of Omaha Group G000CLHB	833-279-4358	www.mutualofomaha.com
Cuenta de gastos flexibles (FSA)	iSolved	866-370-3040	https://www.isolvedbenefitservices.com/benefits/fsa
Vida y AD&D	Mutual of Omaha Group G000CLHB	800-775-8805 or 800 877 5176	www.mutualofomaha.com
Vida voluntaria y AD&D	Mutual of Omaha Group G000CLHB	800-775-8805 or 800 877 5176	www.mutualofomaha.com
Enfermedad crítica voluntaria	Mutual of Omaha Group G000CLHB	877-775-8805 or 800 877 5176	www.mutualofomaha.com
Solo hospitalización	Mutual of Omaha Group G000CLHB	877-775-8805 or 800 877 5176	www.mutualofomaha.com
Accidente	Mutual of Omaha Group G000CLHB	877-775-8805 or 800 877 5176	www.mutualofomaha.com
BRC – Centro de recursos de beneficios	USI	855-874-0110	BRCSouthwest@usi.com (email)

Allied Human Resources

HR@alliedstoneinc.com
4055 Valley View Ln Suite 500
Dallas, Texas 75244



Avisos legales importantes que afectan su plan de salud

Avisos legales importantes que afectan la cobertura de su plan de salud

IMPORTANTE: El Plan Básico incluye una póliza de indemnización fija, NO un seguro médico

Esta póliza de indemnización fija puede pagarle una cantidad limitada en dólares si está enfermo u hospitalizado. Usted sigue siendo responsable de pagar el costo de su atención.

El pago que recibe no se basa en el tamaño de su factura médica.

Puede haber un límite en la cantidad que pagará esta póliza cada año.

Esta póliza no sustituye al seguro médico integral.

Dado que esta política no es un seguro de salud, no tiene que incluir la mayoría de las protecciones federales al consumidor que se aplican al seguro de salud.

¿Buscas un seguro de salud integral?

Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llame al **1-800-318-2596** (TTY: 1-855-889-4325) para encontrar opciones de cobertura de salud.

Para saber si puede obtener un seguro médico a través de su trabajo o el trabajo de un familiar, comuníquese con el empleador.

¿Preguntas sobre esta política?

Si tiene preguntas o quejas sobre esta póliza, comuníquese con el Departamento de Seguros de su estado. Encuentre su número en el sitio web de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros ([naic.org](https://www.naic.org)) en "Departamentos de seguros".

Si tiene esta póliza a través de su trabajo o el trabajo de un miembro de la familia, comuníquese con el empleador.

LA LEY DE DERECHOS DEL CÁNCER PARA LA SALUD DE LA MUJER DE 1998

Si ha tenido o va a tener una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de una manera determinada en consulta con el médico tratante y la paciente, para:

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

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan.

DIVULGACIÓN DE LA LEY DE RECIÉN NACIDOS – FEDERAL

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por la duración de la estadía en el hospital en relación con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una duración de la estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

AVISO DE DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a que finalice su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Además, si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes elegibles (incluido su cónyuge) mientras la cobertura de Medicaid o la cobertura de un programa estatal CHIP está vigente, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si:

- se pierde la cobertura de Medicaid o de un programa estatal de CHIP; o
- usted o sus dependientes se vuelven elegibles para un subsidio de asistencia para la prima del Estado.

En cualquier caso, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura o a la fecha en que sea elegible para la asistencia con las primas.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con la persona que aparece al final de este resumen.

DIVULGACIÓN DEL MODELO DE PROTECCIÓN AL PACIENTE

Curative generalmente permite la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los

miembros de su familia. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con Curative al 855-428-7284 / health@curative.com / www.curative.com

No necesita autorización previa de Curative ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que se requiera que el profesional de la salud cumpla con ciertos procedimientos, incluida la obtención de autorización previa para ciertos servicios, el seguimiento de un plan de tratamiento preaprobado o los procedimientos para hacer derivaciones. Para obtener una lista de los profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con Curative al 855-428-7284 / health@curative.com / www.curative.com

DECLARACIÓN DE DERECHOS DE ERISA

Como participante en el Plan, usted tiene derecho a ciertos derechos y protecciones en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 ("ERISA"). ERISA establece que todos los participantes tendrán derecho a:

Recibir información sobre su plan y beneficios

- Examinar, sin cargo, en la oficina del Administrador del Plan y en otros lugares especificados, el Plan y los documentos del Plan, incluido el contrato de seguro y las copias de todos los documentos presentados por el Plan ante el Departamento de Trabajo de los EE. UU., si los hubiera, como los informes anuales y las descripciones del Plan.
- Obtener copias de los documentos del Plan y otra información del Plan previa solicitud por escrito al Administrador del Plan. El Administrador del Plan puede cobrar un cargo razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan, si así lo requiere ERISA. El Administrador del Plan está obligado por ley a proporcionar a cada participante una copia de este informe anual resumido, si lo hubiera.

Continuar con la cobertura del plan de salud grupal

Si corresponde, puede continuar con la cobertura de atención médica para usted, su cónyuge o sus dependientes si hay una pérdida de cobertura bajo el plan como resultado de un evento calificado. Es posible que usted y sus dependientes tengan que pagar por dicha cobertura. Revise la descripción resumida del plan y los documentos que rigen el Plan para conocer las reglas sobre la continuación de los derechos de cobertura de COBRA.

Acciones prudentes de los fiduciarios del plan

Además de crear derechos para los participantes, ERISA impone deberes a las personas que son responsables de la operación del Plan. Estas personas, llamadas "fiduciarios" del Plan, tienen el deber de operar el Plan con prudencia y en el interés de usted y de otros participantes del Plan.

Nadie, incluida la Compañía o cualquier otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de ninguna manera para evitar que obtenga beneficios de bienestar o ejerza sus derechos bajo ERISA.

Haga valer sus derechos

Si su solicitud de un beneficio de asistencia social es denegada en su totalidad o en parte, debe recibir una explicación por escrito de la razón de la denegación. Usted tiene derecho a que se revise el Plan y a que se reconsidere su reclamo.

Según ERISA, hay pasos que puede seguir para hacer valer estos derechos. Por ejemplo, si solicita materiales al Administrador del Plan y no los recibe dentro de los 30 días, puede presentar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede exigir que el Administrador del Plan proporcione los materiales y le pague hasta \$110 por día, hasta que reciba los materiales, a menos que los materiales no se hayan enviado debido a razones fuera del control del Administrador del Plan. Si tiene una reclamación de beneficios que es denegada o ignorada, en su totalidad o en parte, y ha agotado los procedimientos de reclamaciones disponibles en virtud del Plan, puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal. Si sucediera que los fiduciarios del Plan hicieran un mal uso del dinero del Plan, o si usted es discriminado por hacer valer sus derechos, puede buscar ayuda del Departamento de Trabajo de los EE. UU., o puede presentar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar las costas judiciales y los honorarios legales. Si tiene éxito, la corte puede ordenar a la persona a la que ha demandado que pague estos costos y honorarios. Si pierde (por ejemplo, si el tribunal determina que su reclamo es frívolo), el tribunal puede ordenarle que pague estos costos y honorarios.

Ayuda con sus preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre su Plan, esta declaración o sus derechos en virtud de ERISA, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad y Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de EE. UU., que figura en su directorio telefónico o con la División de Asistencia Técnica y Consultas, Administración de Seguridad y Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de EE. UU., 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Kim Nguyen
4055 Valley View Ln, Ste 500
Dallas, Texas, Estados Unidos 75244
214-838-2225 x023
KimN@alliedinteriorsgroup.com

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

*Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. **Por favor, revíselo cuidadosamente.***

La información de contacto para preguntas o quejas está disponible al final del aviso.

Sus derechos

Usted tiene derecho a:

- Obtenga una copia de sus registros de salud y reclamaciones
- Corrija sus registros de salud y reclamaciones
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido tu información
- Obtenga una copia de este aviso de privacidad
- Elige a alguien para que actúe por ti
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad

Sus opciones

Usted tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos la información, ya que:

- Responda las preguntas de cobertura de su familia y amigos
- Proporcionar socorro en caso de desastre
- Comercialice nuestros servicios y venda su información

Nuestros Usos y Divulgaciones

Es posible que usemos y compartamos su información de la siguiente manera:

- Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe
- Dirigir nuestra organización
- Pague por sus servicios de salud
- Administre su plan de salud
- Ayuda con problemas de salud pública y seguridad
- Investiga
- Cumplir con la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.

En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtenga una copia de los registros de salud y reclamaciones

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamaciones y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntanos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamaciones, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable basada en el costo.

Pedirnos que corrijamos los registros de salud y reclamaciones

- Puede pedirnos que corrijamos sus registros de salud y reclamaciones si cree que son incorrectos o están incompletos. Pregúntanos cómo hacerlo.
- Es posible que digamos "no" a su solicitud, pero le diremos el motivo por escrito, generalmente dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir "sí" si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud.

Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud hasta seis años antes de la fecha en que la solicitó, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas sobre el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos haya pedido que hagamos). Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad.

Elige a alguien para que actúe por ti

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si cree que se violaron sus derechos

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros utilizando la información que aparece al final de este aviso.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

En el caso de cierta información de salud, usted puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos.

Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención
- Compartir información en una situación de socorro en caso de desastre. *Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*
- En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:
 - Fines de marketing
 - Venta de su información

Nuestros Usos y Divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud?

Por lo general, usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe

Podemos usar su información de salud y compartirla con los profesionales que lo están tratando.

Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.

Pague por sus servicios de salud

Podemos usar y divulgar su información de salud a medida que pagamos por sus servicios de salud.

Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su trabajo dental.

Administre su plan

Podemos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

Ejemplo: Su empresa nos contrata para proporcionar un plan de salud, y nosotros le proporcionamos a su empresa ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

Dirigir nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No se nos permite usar la información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

Ejemplo: Usamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, generalmente de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones de la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html.

Ayuda con problemas de salud pública y seguridad

Podemos compartir su información de salud para ciertas situaciones, tales como:

- Prevención de enfermedades

- Ayudar con las retiradas de productos
- Reporte de reacciones adversas a medicamentos
- Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Investiga

Podemos usar o compartir su información para la investigación de la salud.

Cumplir con la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de funeraria

- Podemos compartir su información de salud con organizaciones de procuración de órganos.
- Podemos compartir información de salud con un médico forense, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona fallece.
-

Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos usar o compartir su información de salud:

- Para reclamos de compensación para trabajadores
- Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con las agencias de supervisión de la salud para las actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html.

Cambios a los Términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestro sitio web (si corresponde), y le enviaremos una copia por correo.

Otras instrucciones para la notificación

- Fecha de entrada en vigor de este aviso: 01/01/2026
- Oficial de privacidad: Kim Nguyen / KimN@alliedinteriorsgroup.com / 214-838-2225 x023

MODELO DE LENGUAJE DE AVISO DE DIVULGACIÓN DE COBERTURA INDIVIDUAL ACREDITABLE PARA USO A PARTIR DEL 1 DE ABRIL DE 2011

Aviso importante de Allied Interiors Group sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Por favor, lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Allied Interiors Group y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando unirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Allied Interiors Group ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por los planes Curative EPO, PPO, PPO+ para el año del plan 2026, en promedio para todos los participantes del plan, pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera **una cobertura acreditable**. Debido a que su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.
3. Allied Interiors Group ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por The American Worker Plan para el año del plan 2026, en promedio para todos los participantes del plan, **NO** se espera que pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. **Por lo tanto, su cobertura se considera cobertura no acreditable**. Esto es importante porque, lo más probable es que obtenga más ayuda con los costos de sus medicamentos si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, que si solo tiene cobertura de medicamentos recetados del plan de Allied Interiors Group. Esto también es importante porque puede significar que puede pagar una prima más alta (una multa) si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare cuando es elegible por primera vez.
4. Puedes mantener tu cobertura actual de Allied Interiors Group. Sin embargo, debido a que su cobertura **no es acreditable**, usted tiene que tomar decisiones sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare que pueden afectar cuánto paga por esa cobertura, dependiendo de si se inscribe en un plan de medicamentos y cuándo. Cuando tome su decisión, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que están cubiertos, con la cobertura y el costo de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Lea atentamente este aviso, ya que explica sus opciones.

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

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible para Medicare por primera vez y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura actual de medicamentos recetados acreditable, por causas ajenas a su voluntad, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para 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 inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que se apliquen las siguientes opciones:

- Es posible que permanezca en los planes de Allied Interiors Group y no se inscriba en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en este momento. Es posible que pueda inscribirse en el programa de medicamentos recetados de Medicare en una fecha posterior sin penalización:
 - Durante el período de inscripción anual de medicamentos recetados de Medicare, o
- Si pierde la cobertura acreditable de Allied Interiors Group. Puede permanecer en los planes grupales de Allied Interiors Group y también inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Allied Interiors Group será el pagador principal de los medicamentos recetados y Medicare Parte D se convertirá en el pagador secundario. Puede rechazar la cobertura de los planes de Allied Interiors e Group e inscribirse en Medicare como su único pagador de todos los gastos médicos y de medicamentos recetados. Si no se inscribe en el
- Allied Interiors Group, usted no puede recibir cobertura a través del plan a menos y hasta que sea elegible para volver a inscribirse en el plan en el próximo período de inscripción abierta o debido a un cambio de estado bajo el plan de cafetería o evento de inscripción especial.

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

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con Allied Interiors Group y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, puede pagar una prima más alta (una multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar en al menos un 1% de la prima base del beneficiario de Medicare por mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente al menos un 19% más alta que la prima base del beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una multa) mientras tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tengas que esperar hasta el siguiente mes de octubre para unirte.

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

Póngase en contacto con la persona que se indica a continuación para obtener más información.

NOTA: Recibirá este aviso todos los años. También lo recibirá antes del próximo período, puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de Allied Interiors Group cambia. 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...**

Información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados se encuentra en el manual "Medicare y usted". Todos los años, Medicare le enviará una copia del manual por correo. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

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

- Visita www.medicare.gov
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la contraportada interior 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 pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov, o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Fecha:	01/01/2026
Nombre/Entidad del remitente:	Allied Interiors Group
Contacto: Posición/Oficina:	Kim Nguyen / Director de Recompensas Totales
Dirección:	4055 Valley View Ln, Suite 500, Dallas, TX 75244
Número de teléfono:	214-838-2225 ext.023

Asistencia para las primas de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y son elegibles para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para el pago de la prima que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para las primas, pero es posible que puedan comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov. Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que se enumeran a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si hay asistencia disponible para el pago de la prima.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque **1-877-KIDS AHORA** o

www.insurekidsnow.gov saber cómo solicitarlo. Si reúne los requisitos, pregunte en 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 recibir asistencia con las primas de Medicaid o CHIP, así como para el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. A esto se le llama una oportunidad de "inscripción especial", y **debe solicitar cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de que es elegible para recibir asistencia con el pago**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo al www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de enero de 2024. Póngase en contacto 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 Primas de Seguro de Salud de AK
Sitio web: <http://myakhipp.com/>
Teléfono: 1-866-251-4861
Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com
Elegibilidad para 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

Sitio web del Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP):
<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 Plan de Salud Infantil Plus (CHP+)

Sitio web de Health First Colorado: <https://www.healthfirstcolorado.com/>
Centro de contacto para miembros de Health First Colorado:
1-800-221-3943/Relevo Estatal 711
CHP+: <https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus>
Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/State Relay 711
Programa de compra de seguro médico (HIBI): <https://www.mycohibi.com/>
Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442

FLORIDA – Medicaid

Sitio web: <https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.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, Presione 1
GA CHIPRA Sitio web: <https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra>
Teléfono: 678-564-1162, Presione 2

INDIANA – Medicaid

Plan Healthy Indiana para adultos de bajos ingresos de 19 a 64 años
Sitio web: <http://www.in.gov/fssa/hip/>
Teléfono: 1-877-438-4479
Todos los demás Medicaid
Sitio web: <https://www.in.gov/medicaid/>
Teléfono: 1-800-457-4584

IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)

Sitio web de Medicaid:
<https://dhs.iowa.gov/ime/members>
Medicaid Teléfono: 1-800-338-8366
Sitio web de Hawki:
<http://dhs.iowa.gov/Hawki>
Teléfono Hawki: 1-800-257-8563
Sitio web de HIPP: <https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp>
Teléfono de 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 Programa de Pago de Primas de Seguro Integrado de Salud de Kentucky (KI-HIPP):
<https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx>
Teléfono: 1-855-459-6328
Correo electrónico: KIHIPPI.PROGRAM@ky.gov

Sitio web de KCHIP: <https://kynect.ky.gov>

Teléfono: 1-877-524-4718

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

LOUISIANA – Medicaid

Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp

Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 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: Relevo de Maine 711

Página web de primas de seguros de salud privados:

<https://www.maine.gov/dhhs/ofa/applications-forms>

Teléfono: 1-800-977-6740

TTY: Relevo de Maine 711

MASSACHUSETTS – Medicaid y 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/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp>

Teléfono: 1-800-657-3739

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: HSHIPPPProgram@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

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

Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900

NEW HAMPSHIRE – Medicaid

Sitio web: <https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program>

Teléfono: 603-271-5218

Número gratuito del programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218

NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid: <http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/>
Teléfono de Medicaid: 609-631-2392
Sitio web de CHIP: <http://www.njfamilycare.org/index.html>
Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710

NUEVA YORK – Medicaid

Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
Teléfono: 1-800-541-2831

CAROLINA DEL NORTE – Medicaid

Sitio web: <https://medicaid.ncdhhs.gov/>
Teléfono: 919-855-4100

DAKOTA DEL NORTE – Medicaid

Sitio web: <https://www.hhs.nd.gov/healthcare>
Teléfono: 1-844-854-4825

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.insureoklahoma.org>
Teléfono: 1-888-365-3742

OREGON – Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx>
Teléfono: 1-800-699-9075

PENNSYLVANIA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx>
Teléfono: 1-800-692-7462
Sitio web de CHIP: [Programa de Seguro Médico para Niños \(CHIP, por sus siglas en inglés\) \(pa.gov\)](#)
Teléfono CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)

RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.eohhs.ri.gov/>
Teléfono: 1-855-697-4347, o
401-462-0311 (Línea Directa de Renta Compartida)

CAROLINA DEL SUR – Medicaid

Sitio web: <https://www.scdhhs.gov>
Teléfono: 1-888-549-0820

DAKOTA DEL SUR – Medicaid

Sitio web: <http://dss.sd.gov>
Teléfono: 1-888-828-0059

TEXAS – Medicaid

Sitio web: [Programa de Pago de Primas de Seguro Médico \(HIPP\) | Salud y Servicios Humanos de Texas](#)
Teléfono: 1-800-440-0493

UTAH – Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid: <https://medicaid.utah.gov/>

Sitio web de CHIP: <http://health.utah.gov/chip>
Teléfono: 1-877-543-7669

VERMONT – Medicaid

Sitio web: [Programa de Pago de Primas de Seguro Médico \(HIPPI\) | Departamento de Acceso a la Salud de Vermont](#)
Teléfono: 1-800-250-8427

VIRGINIA – Medicaid y 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>
Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924

WASHINGTON – Medicaid

Sitio web: <https://www.hca.wa.gov/>
Teléfono: 1-800-562-3022

VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://dhhr.wv.gov/bms/>
<http://mywvhipp.com/>
Teléfono de Medicaid: 304-558-1700
Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

WISCONSIN – Medicaid y CHIP

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 ver si algún otro estado ha agregado un programa de asistencia para el pago de primas desde el 31 de enero de 2024, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, comuníquese con:

Departamento de Trabajo de EE. UU.

Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados

www.dol.gov/agencies/ebsa

1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.hhs.gov

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

Declaración de la Ley de Reducción de TrámitesDe acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub.L.104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede llevar a cabo o patrocinar una recopilación de información a menos que sea aprobada por la OMB bajo la PRA, y muestre un número de control de la OMB actualmente válido, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C.3507. Además, sin perjuicio de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona estará sujeta a penalización por no cumplir con una recopilación de información si la recopilación de información no muestra un número de control de OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C.3512.Se estima que la carga de presentación de informes públicos para esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se alienta a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Oficina de Política e Investigación, Atención: Oficial de Autorización de PRA, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico a_ebsa.opr@dol.gov y haga referencia al número de control de la OMB 1210-0137.Número de control de la OMB 1210-0137 (vence el 31/01/2026)



Opciones de cobertura del Mercado de Seguros Médicos y su cobertura de salud

Formulario Aprobado
OMB N° 1210-0149

PARTE A: Información general

Incluso si se le ofrece cobertura de salud a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos ("Mercado"). Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura médica que se ofrece a través de su empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

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

¿Puedo ahorrar dinero en las primas de mi seguro médico en el Mercado?

Es posible que califique para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros gastos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura, o ofrece una cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple con ciertos estándares de valor mínimo (que se analizan a continuación). Los ahorros para los que eres elegible dependen de los ingresos de tu hogar. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduce sus costos.

¿La cobertura de salud basada en el empleo afecta la elegibilidad para los ahorros en las primas a través del Mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que se considera asequible para usted y cumple con ciertos estándares de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal, o pago por adelantado del crédito fiscal, para su cobertura del Mercado y es posible que desee inscribirse en su plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal, y pagos adelantados del crédito que reduzcan su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura en absoluto o no ofrece cobertura que se considere asequible para usted o que cumpla con los estándares de valor mínimo. Si su parte del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del 9.12%¹ de su ingreso familiar anual, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal y el pago por adelantado del crédito. Si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los miembros de la familia del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del empleado para el plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9.12% de los ingresos familiares del empleado.²

Nota: Si compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo, entonces puede perder el acceso a lo que el empleador contribuya a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución de su empleado a la cobertura basada en el empleo, generalmente se excluye de los ingresos para fines del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos por cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que si la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo no cumple con los estándares de asequibilidad o valor mínimo, pero acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe tener en cuenta todos estos factores para determinar si comprar un plan de salud a través del Mercado.

¹ Indexado anualmente; ver <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf> para 2023.

² Un plan de salud patrocinado por el empleador u otro plan de salud basado en el empleo cumple con el "estándar de valor mínimo" si la participación del plan en el total de los costos de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos. A los efectos de la elegibilidad para el crédito tributario de prima, para cumplir con el "estándar de valor mínimo", el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y los servicios médicos.

¿Cuándo puedo inscribirme en la cobertura de seguro médico a través del Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el Período de Inscripción Abierta anual del Mercado. La inscripción abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa hasta al menos el 15 de diciembre.

Fuera del Período de Inscripción Abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si califica para un Período de Inscripción Especial. En general, usted califica para un Período de Inscripción Especial si ha tenido ciertos eventos de vida que califican, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Dependiendo de su tipo de Período de Inscripción Especial, es posible que tenga 60 días antes o 60 días después del evento de vida calificado para inscribirse en un plan del Mercado. También hay un Período de Inscripción Especial del Mercado para las personas y sus familias que pierdan la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) a partir del 31 de marzo de 2023 hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública por COVID-19 en todo el país, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que estuviera inscrito entre el 18 de marzo de 2020 y el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanudan las prácticas regulares de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas ya no sean elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. ofrece un período de inscripción especial temporal en el Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado.

Las personas elegibles para el Mercado que viven en estados donde HealthCare.gov y presentan una nueva solicitud o actualizan una solicitud existente en HealthCare.gov entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y dan fe de una fecha de terminación de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período de tiempo, son elegibles para un Período de Inscripción Especial de 60 días. Eso significa que si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, es posible que pueda inscribirse en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP. Además, si usted o los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para asegurarse de obtener información sobre los cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite HealthCare.gov o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿Qué pasa con las alternativas a la cobertura de seguro médico del Mercado?

Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden ser elegibles para un Período de Inscripción Especial para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias, incluso si usted o sus dependientes estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Por lo general, tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o con su plan de salud basado en el empleo.

Alternativamente, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento completando una solicitud a través del Mercado o solicitándola directamente a través de su agencia estatal de Medicaid. Visite <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> para obtener más detalles

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece a través de su empleo, consulte la descripción resumida del plan de su plan de salud o comuníquese con:

Nombre de la entidad/remitente:
Contacto--Posición/Oficina:
Dirección:
Número de teléfono:

Allied Interiors Group
Kim Nguyen / Director de Recompensas Totales
4055 Valley View Lane, Suite 500, Dallas, TX 75244
214-838-2225 ext. 023

El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluida una solicitud en línea para la cobertura de seguro médico e información de contacto de un Mercado de Seguros Médicos en su área.

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

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura de salud ofrecida por su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está numerada para corresponder a la aplicación de Marketplace.

5. Nombre del empleador Grupo de Piedra Aliada		6. Número de Identificación del Empleador (EIN) 73-1571695	
7. Dirección del empleador 4055 Valley View Lane, Suite 500		8. Número de teléfono del empleador 214-838-2225	
9. Ciudad Dallas	10. Estado TX	11. Código postal 75244	
12. ¿Con quién podemos comunicarnos sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo? Kim Nguyen			
13. Número de teléfono (si es diferente al anterior) 214-838-2225 x023		14. Dirección de correo electrónico KimN@alliedinteriorsgroup.com	

Aquí hay información básica sobre la cobertura de salud ofrecida por este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para:
 - ☒ Todos los empleados. Los empleados elegibles son:

Todos los empleados a tiempo completo que trabajen 30 o más horas a la semana
 - ☐ Algunos empleados. Los empleados elegibles son:
- Con respecto a los dependientes:
 - ☒ Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:

Cónyuge legal y/o hijos dependientes hasta los 26 años de edad
 - ☐ No ofrecemos cobertura.

☒ Si se marca, esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo, y el costo de esta cobertura para usted está destinado a ser asequible, según los salarios de los empleados.

****** Incluso si su empleador tiene la intención de que su cobertura sea asequible, aún puede ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a otra (tal vez sea un empleado por hora o trabaje a comisión), si es un nuevo empleado a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede calificar para un descuento en la prima.

Si decide comprar cobertura en el Mercado, [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) lo guiará a través del proceso. Esta es la información del empleador que ingresará cuando visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para averiguar si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales.



Allied Stone | Allied Gallery | Square Cabinetry | Allied Interior Solutions



