Guía de Beneficios 2027

Miembros del equipo de AWP Safety | Traducción al español

Esta publicación contiene información importante sobre su programa de beneficios para empleados. Por favor, léala con atención.

> **Traducción de cortesía**
> Esta es una traducción al español de la Guía de Beneficios 2027 (AWPIN 27BG [Direct] 8312252, rev. 10/27/26). Si hay alguna diferencia entre esta traducción y la versión original en inglés, la versión en inglés prevalece.

Índice

- Elegibilidad e inscripción
- Instrucciones de inscripción
- Centro de recursos de beneficios
- Plan médico
- Plan de medicamentos recetados
- Cómo funcionan sus planes médicos
- Opción de plan médico para miembros del equipo en California
- Opción de plan médico para miembros del equipo en Hawái
- Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)
- Cuentas de Gastos Flexibles (FSA)
- Dental
- Visión
- Seguro de vida y de discapacidad
- Prima mensual del seguro de vida voluntario
- Programa de Asistencia al Empleado (EAP)
- Beneficios voluntarios
- Cómo ahorrar en gastos médicos
- ¡AWP contribuye a su 401(k)!
- Información de contacto
- Avisos del plan de salud

Elegibilidad e inscripción

AWP Safety se preocupa por usted y su familia. Ofrecemos un programa de beneficios completo que le permite elegir los beneficios más adecuados para usted. Esta guía ofrece un resumen. Por favor, revise los documentos de su plan para obtener más detalles.

Inscripción de nuevos empleados

¡Bienvenido a nuestro equipo! Como nuevo miembro del equipo, si es elegible para beneficios, sus beneficios comienzan el primer día del mes siguiente a su fecha de contratación.

Inscripción anual

La inscripción anual es su oportunidad de revisar sus beneficios y hacer cambios para el próximo año del plan. Puede agregar, cambiar o rechazar cobertura, y agregar o quitar a miembros de su familia.

Cambios de beneficios a mitad de año

Una vez que haga sus elecciones, no podrá cambiarlas hasta la inscripción anual del próximo año, a menos que tenga un evento de vida calificado (QLE).

Ejemplos de eventos calificados:

- Cambio de estado civil legal (por ejemplo, matrimonio, divorcio, fallecimiento del cónyuge, separación legal)
- Cambio en el número de dependientes (por ejemplo, nacimiento, adopción, fallecimiento de un dependiente, pérdida de elegibilidad por edad)
- Cambio de empleo o de situación laboral

Debe hacer los cambios a sus beneficios dentro de los 30 días posteriores a su evento de vida calificado. Esté preparado para presentar comprobante de su evento de vida calificado. Si no cumple con el plazo, es posible que tenga que esperar hasta la inscripción anual del próximo año.

Elegibilidad para beneficios

Su propia cobertura

Puede inscribirse en el programa de beneficios si es un miembro del equipo de tiempo completo con empleo continuo.

Si reside en Hawái, solo es elegible para los planes Kaiser de Hawái.

Cobertura para sus familiares

Por lo general, los dependientes elegibles incluyen a su cónyuge legalmente casado y a sus hijos hasta los 26 años. Esto incluye hijos biológicos y adoptados, hijastros e hijos de quienes usted sea tutor legal designado por un tribunal. Algunos programas de seguro pueden tener límites de edad específicos.

Nota: Si reside en California o Hawái y elige uno de los planes Kaiser, puede cubrir a su pareja de hecho (*domestic partner*) en el plan médico. Todas las tarifas para parejas de hecho están sujetas a ingreso imputado.

Documentación de elegibilidad

Esté preparado para compartir la información de elegibilidad de sus dependientes durante la inscripción, incluidas fechas de nacimiento y números de Seguro Social. Es posible que se requiera otra documentación según sus elecciones.

Instrucciones de inscripción

Inscripción anual y de nuevos empleados

En línea: www.awpsafety.com. Luego, haga clic en UKG en la parte inferior derecha de la pantalla.

Instrucciones especiales

Siga las instrucciones de Eventos de Vida (*Life Events*) de UKG para todos los eventos de vida.

> Visite https://awpbenefits.com para ver toda la información relacionada con los beneficios durante todo el año.

Centro de recursos de beneficios

Su elección, nuestro compromiso. Recompensas diseñadas para usted.

Todos los empleados tienen acceso a nuestra Línea de Ayuda de Beneficios. Los Especialistas en Beneficios están disponibles por teléfono y correo electrónico para brindar atención y orientación personalizada, incluida una explicación completa de las opciones de beneficios y del proceso de inscripción.

El equipo de Especialistas en Beneficios está disponible para:

- Responder preguntas sobre el paquete completo de beneficios de AWP Safety.
- Ofrecerle una forma personal de entender sus beneficios.
- Ayudar a los nuevos empleados.
- Responder preguntas básicas sobre reclamaciones.
- Orientarle sobre actualizaciones y cambios de beneficios si tiene un evento de vida calificado (QLE).
- Transferirle o darle la información de contacto de recursos internos o proveedores asociados.
- Brindar apoyo durante la inscripción abierta.

LÍNEA DE AYUDA DE BENEFICIOS

Lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. hora del Centro (CT).
AWPBenefits@lockton.com · 800.590.9857

Plan médico

AWP Safety se asocia con UnitedHealthcare para ofrecer seguro médico y de medicamentos recetados. Si reside en California, tiene la opción de inscribirse en Kaiser. Si reside en Hawái, solo es elegible para uno de los planes Kaiser de Hawái.

> **¿Qué es una red?**
>
> A través de la red UHC Choice Plus, su plan tiene contratos con un grupo de proveedores a tarifas con descuento. Casi siempre pagará menos cuando reciba atención de estos proveedores dentro de la red.
>
> Si elige consultar a un proveedor fuera de la red, es posible que le facturen el saldo (*balance billing*), lo que significa que usted será responsable de los cargos que superen el monto de reembolso de UHC.

Términos importantes del seguro

- **Deducible:** la cantidad de dinero que usted debe pagar primero antes de que su plan comparta sus costos.
- **Coseguro:** el porcentaje que pagan usted y el plan; en nuestros planes, usted paga un porcentaje menor y el plan paga un porcentaje mayor.
- **Copago:** una cantidad fija que usted paga por ciertos servicios en algunos de nuestros planes.
- **Máximo de gastos de bolsillo:** el límite de sus gastos; una vez que alcanza este límite, el plan cubre todos los gastos elegibles por el resto del año del plan.

Aspectos destacados del plan

Puede elegir uno de 3 planes. Nuestros planes ofrecen cobertura para la mayoría de los servicios de salud. Cuando recibe atención dentro de la red, aprovecha los descuentos que negociamos con UnitedHealthcare.

Sitio para miembros de UnitedHealthcare

Visite www.myuhc.com para:

- Buscar proveedores y farmacias dentro de la red Choice Plus
- Ver su tarjeta de identificación temporal o solicitar una nueva
- Revisar información de reclamaciones

Aplicación UnitedHealthcare®

- Encuentre atención y compare costos de proveedores y servicios en su red
- Consulte los saldos de su plan, vea sus reclamaciones y acceda a su tarjeta de identificación del plan de salud

- Acceda a programas de bienestar y vea recomendaciones clínicas
- Consultas virtuales 24/7: comuníquese con proveedores por teléfono o video para hablar sobre afecciones médicas comunes y obtener recetas, si es necesario
- Vea sus cuentas financieras de salud, como la HSA
- Compare los costos de las recetas y pida resurtidos

Médico

Puede elegir entre planes médicos con distintos niveles de cobertura y costos, para que tenga la flexibilidad de seleccionar la opción más adecuada para usted. UnitedHealthcare (UHC) y Surest son algunas de nuestras aseguradoras de salud para 2027. Tiene dos opciones de plan a través de UHC y una a través de Surest, todas con cobertura dentro y fuera de la red (paga menos cuando se mantiene dentro de la red). Si reside en Hawái, solo es elegible para uno de los planes Kaiser de Hawái.

1. UHC PPO

Este es un plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO). Usted paga un copago por consultas en el consultorio o atención de urgencia con un proveedor dentro de la red. También paga un copago por la mayoría de los medicamentos recetados cubiertos. Por otros servicios cubiertos, paga el deducible más el coseguro. Cuando alcanza su máximo anual de gastos de bolsillo, el plan paga el 100% por el resto del año. Si se inscribe en esta opción, puede inscribirse en la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud.

AL PRINCIPIO	AL CUMPLIR EL DEDUCIBLE	AL ALCANZAR EL MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO
Usted paga un copago por consultas y recetas, y el costo total de otros servicios cubiertos.	Usted y el plan comparten los costos (coseguro).	El plan paga el 100%.

El plan paga el 100% de la atención preventiva dentro de la red.

2. Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP) de UHC de $3,500 con HSA opcional

Esta opción tiene un deducible más alto que el otro plan de UHC, pero primas más bajas. Usted paga el 100% de los costos médicos y de recetas hasta cumplir con su deducible. Después, el plan paga el 90% de los costos cubiertos. Si alcanza su máximo de gastos de bolsillo, el plan paga el 100% hasta el final del año. Este HDHP se combina con una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) con ventajas fiscales para ayudarle a pagar los gastos de bolsillo.

AL PRINCIPIO	AL CUMPLIR EL DEDUCIBLE	AL ALCANZAR EL MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO
Usted paga el 100% de los servicios médicos y recetas (puede usar la HSA para pagar los gastos).	Usted y el plan comparten los costos (puede usar la HSA para pagar los gastos).	El plan paga el 100%.

El plan paga el 100% de la atención preventiva dentro de la red.

3. Plan Surest PPO

Con este plan, no hay deducible ni coseguro. En cambio, toda su atención médica tiene un precio fijo (copago) como gasto de bolsillo. Así, usted conoce el costo de sus opciones de tratamiento antes de ir al médico. Si se inscribe en esta opción, puede inscribirse en una Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud.

AL PRINCIPIO	AL ALCANZAR EL MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO
Usted paga un precio fijo (copago) por servicios médicos y recetas (puede usar la FSA para pagar los gastos).	El plan paga el 100% después de que se acumulan los copagos y usted alcanza el máximo individual o familiar.

El plan paga el 100% de la atención preventiva dentro de la red.

> Dé esta información al consultorio de su médico: **la red de Surest es UnitedHealthcare Choice Plus.**

Cómo funciona un plan de salud con deducible alto

Ya sea que el concepto de los planes de salud con deducible alto (HDHP) sea nuevo para usted o que ya lo conozca bien, puede serle útil un resumen de cómo funcionan y en qué se diferencian de un plan más tradicional de Organización de Proveedores Preferidos (PPO).

AL PRINCIPIO	AL CUMPLIR EL DEDUCIBLE	AL ALCANZAR EL MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO
Usted paga el 100% de servicios médicos y recetas (la HSA ayuda).	Usted y el plan comparten los costos (la HSA ayuda).	El plan paga el 100%.

El plan paga el 100% de la atención preventiva dentro de la red.

...y cómo se compara con un PPO

En qué se parecen

Usted elige proveedores de una red. Al igual que los PPO, los HDHP tienen una red de proveedores. Puede elegir el proveedor que quiera, pero casi siempre pagará menos cuando use proveedores e instalaciones de la red.

No paga nada por la atención preventiva. Tanto los HDHP como los PPO cubren al 100% la atención preventiva dentro de la red; no tiene que pagar un deducible.

En qué se diferencian

Usted paga el costo total de otros servicios hasta alcanzar el deducible. Con un HDHP, usted paga el costo total cuando va al médico, se hace un examen o recoge una receta. Cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el deducible, el plan empieza a pagar el 90% y usted paga el 10% por la atención dentro de la red. Si alcanza el máximo de gastos de bolsillo (y la mayoría de las personas nunca lo alcanza), el plan paga el 100% del costo de la atención dentro de la red.

Con un PPO, usted paga menos al principio, porque solo paga un copago cuando va al médico o recoge una receta.

Una Cuenta de Ahorros para la Salud puede ayudarle a ahorrar dinero. Con un HDHP, puede inscribirse en una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA). Es como una cuenta bancaria donde aparta dinero para ayudarle a pagar esos costos iniciales. Los PPO no incluyen una HSA.

Las primas del HDHP son más bajas. Por lo general, las primas de un plan HDHP son más bajas que las de un PPO. Esa es la compensación por tener que pagar la mayoría de los costos al principio.

En resumen

El HDHP le pone al volante y le da más opciones para manejar su atención y ahorrar dinero. En la mayoría de los casos, los miembros del equipo pagan menos con un HDHP gracias a sus primas más bajas. Muchos nunca alcanzan el deducible, y sus costos totales del año son menores que los de un PPO con un precio competitivo.

Plan de medicamentos recetados

Nuevo para 2027: la cobertura de medicamentos recetados pasa a Optum Rx

A partir del 1 de enero de 2027, Optum Rx será su nuevo Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM). Optum Rx le dará acceso a sus beneficios de medicamentos recetados, la red de farmacias, servicios de entrega a domicilio, medicamentos especializados y recursos para el manejo de medicamentos.

Cómo empezar con Optum Rx

Una vez que su nueva cobertura entre en vigor:

- Los miembros actuales de Optum Rx pueden seguir usando su nombre de usuario y contraseña actuales.
- Cree o acceda a su cuenta en OptumRx.com.
- Descargue la aplicación móvil de Optum Rx para administrar sus recetas desde cualquier lugar.
- Presente su nueva tarjeta de identificación al surtir sus recetas.
- Configure los servicios de entrega a domicilio, si corresponde.
- Comuníquese con Optum Rx al 800.765.6830 para obtener ayuda.

Programas y recursos de farmacia

Red de farmacias minoristas

Optum Rx ofrece acceso a una amplia red de farmacias nacionales e independientes. La mayoría de los miembros puede seguir usando su farmacia actual.

Para confirmar que su farmacia participa en la red y para buscar medicamentos cubiertos, visite OptumRx.com y revise el Formulario Premium (*Premium Formulary*).

Farmacia de entrega a domicilio

Reciba sus medicamentos de mantenimiento elegibles directamente en su casa para mayor comodidad.

Para empezar:

- Visite OptumRx.com
- Llame al 800.765.6830

Si actualmente usa pedidos por correo, las recetas elegibles con resurtidos pendientes se transferirán automáticamente a la entrega a domicilio de Optum Rx. Las sustancias controladas no son elegibles para la transferencia automática.

Medicamentos especializados

Los medicamentos especializados deben surtirse a través de Optum Specialty Pharmacy.

Para registrarse en Optum Specialty Pharmacy:

- Visite specialty.optumrx.com/new-fill
- Llame al 877.656.9604

Autorizaciones previas y requisitos de cobertura

Algunos medicamentos pueden requerir revisión y aprobación clínica antes de que el plan los cubra. Optum Rx trabaja con SlateRx para administrar estas determinaciones de cobertura.

Autorizaciones previas actuales

Si su medicamento ya tiene una autorización previa aprobada, no necesita hacer nada antes del 1 de enero de 2027. Las aprobaciones existentes seguirán vigentes durante su período de autorización aprobado.

Cómo entender los requisitos de cobertura

Al revisar los medicamentos, es posible que vea los siguientes términos:

- **PA (Autorización previa):** su médico debe obtener una aprobación antes de que el medicamento pueda cubrirse.
- **ST (Terapia escalonada):** es posible que tenga que probar uno o más medicamentos alternativos antes de que se apruebe la cobertura.
- **QL (Límite de cantidad):** se aplican límites a la cantidad de medicamento que se puede surtir durante un período determinado.

Si su medicamento requiere revisión

Si un medicamento tiene un requisito de Autorización previa, Terapia escalonada o Límite de cantidad:

- Hable con su médico antes del 1 de enero de 2027.
- Su proveedor puede enviar una solicitud en línea en slate-rx.promptpa.com.
- También se pueden enviar solicitudes llamando al 833.789.9236.

> **¿Preguntas?**
>
> Para obtener ayuda con la cobertura de medicamentos recetados, farmacias participantes, servicios de entrega a domicilio, medicamentos especializados o requisitos de cobertura, comuníquese con Optum Rx al 800.765.6830 o visite OptumRx.com.

Cómo funcionan sus planes médicos

Plan médico Surest

A diferencia de los planes médicos tradicionales, Surest es un plan solo de copagos. No hay deducibles ni pagos de coseguro por la atención.

Los servicios y los médicos tienen un precio de copago específico, que puede ver en la plataforma digital de Surest, fácil de usar. Con un solo clic, puede obtener respuestas claras sobre costos, cobertura y opciones antes de elegir su atención.

Mejor aún, se asignan precios más bajos a los proveedores e instalaciones de mayor valor, desde la atención preventiva hasta la de emergencia, desde los resfriados hasta el tratamiento del cáncer. Usted pagará un solo copago por cada evento o servicio, lo que le da un costo claro y por adelantado de su atención.

Además, la plataforma incluye orientación y apoyo, lo que le da más control sobre su experiencia de atención médica.

Surest le permite tomar las mejores decisiones de salud para su familia y su presupuesto.

Aspectos destacados de Surest

- Sin deducible y sin coseguro
- El precio del copago depende del servicio y del proveedor que elija
- Precios por adelantado (sabe lo que debe antes de recibir la atención)
- Busque fácilmente sus síntomas en la aplicación* o en el sitio web de Surest
- Oportunidades de pagar menos por atención de calidad

** Descargue la aplicación Surest desde Google Play o App Store. La aplicación Surest no está vinculada a myuhc.com ni al programa de bienestar de UnitedHealthcare.*

Cómo se comparan sus opciones de plan

Este es un resumen de cómo se comparan sus tres opciones de plan según los costos de 2027.

	PPO $1,500	HDHP $3,500	Surest
Prima anual individual – 2027	$4,270	$2,434	$1,669
Deducible anual individual dentro de la red	$1,500	$3,500	$0
Consulta de atención primaria (por consulta)	Copago de $30	10% después del deducible	$50–$160
Consulta con especialista (por consulta)	Copago de $50	10% después del deducible	$50–$160

Primas del plan médico

Semanal

Nivel de cobertura	PPO $1,500	HDHP $3,500	Surest
Empleado	$82.11	$46.81	$32.11
Empleado + cónyuge	$233.81	$145.99	$108.98
Empleado + hijos	$176.10	$108.76	$77.52
Familia	$356.59	$216.94	$153.07

Cada dos semanas

Nivel de cobertura	PPO $1,500	HDHP $3,500	Surest
Empleado	$164.23	$93.62	$64.21
Empleado + cónyuge	$467.62	$291.98	$217.96
Empleado + hijos	$352.19	$217.52	$155.04
Familia	$713.17	$433.88	$306.14

Mensual

Nivel de cobertura	PPO $1,500	HDHP $3,500	Surest
Empleado	$355.83	$202.84	$139.13
Empleado + cónyuge	$1,013.18	$632.63	$472.25
Empleado + hijos	$763.08	$471.30	$335.91
Familia	$1,545.21	$940.07	$663.30

Detalles del plan médico

	PPO $1,500		HDHP $3,500		Surest	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible por año calendario						
Individual	$1,500	$4,000	$3,500	$3,500	$0	$0
Familiar	$4,500	$8,000	$7,000	$7,000	$0	$0
Máximo de gastos de bolsillo (incluye el deducible)						
Individual	$5,000	$8,000	$7,050	$10,000	$8,000	$16,000
Familiar	$10,000	$16,000	$14,100	$20,000	$16,000	$32,000
Consultas médicas						

	PPO $1,500		HDHP $3,500		Surest	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención preventiva	Cubierta al 100%	40% de coseguro después del deducible	Cubierta al 100%	40% de coseguro después del deducible	Cubierta al 100%	Copago de $215
Atención primaria	Copago de $30 por consulta	40% de coseguro después del deducible	10% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	Copago de $50–$160	Copago de $215
Especialista	Copago de $50 por consulta	40% de coseguro después del deducible	10% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	Copago de $50–$160	Copago de $215
Telemedicina	Copago de $5 por consulta	40% de coseguro después del deducible	10% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	Copago de $0	No cubierto
Atención de urgencia	Copago de $100 por consulta	40% de coseguro después del deducible	10% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	Copago de $110	Copago de $200
Servicios hospitalarios						
Hospitalización	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	10% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	Copago de $80–$5,500	Copago de hasta $13,000
Ambulatorio	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	10% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	Copago de $80–$5,500	Copago de hasta $13,000
Sala de emergencias	Copago de $300 por consulta	Copago de $300 por consulta	10% de coseguro después del deducible	10% de coseguro después del deducible	Copago de $1,000	Copago de $1,000
Medicamentos recetados (formulario premium)						
Genérico	Copago de $10 por receta	50% de coseguro	Copago de $10	40% de coseguro después del deducible	Copago de $10	No cubierto
Marca preferida del formulario	Copago de $35 por receta	50% de coseguro	Copago de $35	40% de coseguro después del deducible	Copago de $90	No cubierto
Marca no preferida del formulario	Copago de $70 por receta	50% de coseguro	Copago de $60	40% de coseguro después del deducible	Copago de $200	No cubierto

	PPO $1,500		HDHP $3,500		Surest	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Especializado	20% hasta $200	No cubierto	20% hasta $200	No cubierto	Copago de $550–$650	No cubierto
Pedido por correo						
Genérico	Copago de $25 por receta	No cubierto	Copago de $25	No cubierto	Copago de $25	No cubierto
Marca preferida del formulario	Copago de $85 por receta	No cubierto	Copago de $85	No cubierto	Copago de $225	No cubierto
Marca no preferida del formulario	Copago de $175 por receta	No cubierto	Copago de $150	No cubierto	Copago de $500	No cubierto
Especializado	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto

Tenga en cuenta: *en los planes HDHP, todos los gastos de medicamentos recetados están sujetos al deducible médico. Una vez que cumpla con su deducible, se aplicarán los copagos o el coseguro.*

PPO: *el deducible familiar y el máximo de gastos de bolsillo son integrados (embedded), lo que significa que los costos compartidos de un miembro de la familia se aplicarán tanto al deducible individual como al máximo individual de gastos de bolsillo; además, los montos de todos los familiares cubiertos se aplican tanto al deducible familiar como al máximo familiar de gastos de bolsillo. Ningún miembro pagará más que el deducible individual y el máximo individual de gastos de bolsillo.*

HDHP: *el deducible familiar y el máximo de gastos de bolsillo son integrados (embedded), lo que significa que los costos compartidos de un miembro de la familia se aplicarán tanto al deducible individual como al máximo individual de gastos de bolsillo; además, los montos de todos los familiares cubiertos se aplican tanto al deducible familiar como al máximo familiar de gastos de bolsillo. Ningún miembro pagará más que el deducible individual y el máximo individual de gastos de bolsillo.*

Virta: descubra una nueva forma de mejorar su salud

Tome el control de su salud con un programa de nutrición comprobado y sin costo.

- Virta es un programa de nutrición personalizado y en línea que le ayuda a bajar de peso, reducir el azúcar en la sangre e incluso revertir la diabetes tipo 2.
- Está respaldado por médicos y cuenta con la confianza de miles de personas; no necesita contar calorías, tomar medicamentos ni ir más al gimnasio.

Únase a las miles de personas que usan Virta y están transformando su vida.

Sin costo para usted, recibirá:

- Asesoría de salud personalizada
- Báscula y medidor de glucosa conectados
- Recursos y recetas de nutrición exclusivos
- Orientación médica dedicada

Visite www.virtahealth.com para conocer cómo funciona Virta.

> "Como en Virta no se cuentan calorías, no tengo hambre. Y como no tengo hambre, no se me antojan alimentos poco saludables. Nunca he durado más de 6 meses con las dietas que he probado. Pero ya pasó poco más de un año desde que empecé con Virta y me siento increíble."
> – Allison, líder de beneficios y miembro de Virta

La reversión de la diabetes tipo 2 en Virta se define como lograr una HbA1c inferior a 6.5% sin usar medicamentos para la diabetes, aparte de la metformina. La diabetes y los problemas relacionados pueden regresar si no se mantienen los cambios en el estilo de vida.

** Virta está disponible para personas mayores de 18 años que estén inscritas en un plan de salud cubierto. Algunas afecciones médicas graves excluirían a los pacientes de Virta.*

Preguntas frecuentes

¿Qué es Virta Health?
Virta es un programa de nutrición guiado para bajar de peso y revertir la diabetes tipo 2. Es personalizado y flexible a su estilo de vida, y le enseña a comer los alimentos adecuados para usted. El apoyo a demanda de proveedores y asesores de salud, junto con comentarios personalizados, le ayudan a bajar de peso, reducir su azúcar en la sangre y transformar su salud.

¿Qué significa revertir un problema como la diabetes tipo 2?
La reversión de la diabetes tipo 2 en Virta se define como lograr una A1c inferior a 6.5% sin usar medicamentos para la diabetes, aparte de la metformina. La diabetes y los problemas relacionados pueden regresar si no se mantienen los cambios en el estilo de vida.

¿Qué resultados pueden ver los miembros?
Según un estudio clínico, en solo 10 semanas los miembros de Virta bajaron un promedio de 18 libras, redujeron su A1c en 1.0 en promedio, y el 87% pudo dejar o reducir sus medicamentos. Los miembros también han visto mejoras en el sueño y la presión arterial.

¿Tengo cobertura para esta atención?
Virta está cubierto en su totalidad por AWP y no tiene costo para usted.

¿Qué incluye un plan de atención?
Su plan personalizado de Virta está diseñado según sus preferencias, presupuesto y estilo de vida. Cada miembro tiene acceso exclusivo a:

- Una aplicación con información continua sobre su salud
- Báscula digital y medidor de glucosa que se sincronizan con su teléfono
- Apoyo individual de un asesor de salud
- Un plan personalizado respaldado por investigación clínica
- Un proveedor médico para reducir de forma segura los medicamentos no deseados

¿Es Virta adecuado para mí?
Virta ofrece atención personalizada. Esto ha ayudado a miembros con distintos orígenes, necesidades y estilos de vida a tener éxito.

Virta no es adecuado si usted:

- Es menor de 18 años
- Está embarazada o amamantando
- Tiene enfermedad renal crónica en etapa 4 o 5
- Tiene enfermedad renal en etapa terminal y recibe diálisis
- Tuvo cetoacidosis diabética en los últimos 12 meses

¿Cómo me inscribo?

Las personas comienzan creando una cuenta de Virta, donde se confirma su elegibilidad. Luego completan una evaluación de salud, en la que comparten los resultados de sus análisis de laboratorio y se reúnen con un profesional clínico de Virta para obtener la autorización médica.

> **DESCARGUE LA APLICACIÓN DE VIRTA**
> Abra la cámara de su teléfono inteligente para escanear el código QR (en la guía impresa) y descargue hoy la aplicación de Virta. Disponible en App Store y Google Play.

Opción de plan médico para miembros del equipo en California

Kaiser Permanente

(Disponible solo para miembros del equipo que residen en California)

Seguiremos ofreciendo el plan Kaiser HMO para estos miembros del equipo. Una HMO es un sistema de atención médica administrada que brinda servicios médicos completos dentro de un área geográfica específica. Los beneficios se otorgan solo cuando los servicios han sido autorizados o prestados por su Médico de Atención Primaria (PCP) o su Grupo Médico Primario (PMG). Al inscribirse en una HMO, debe seleccionar un PCP. Kaiser Permanente tiene sus propios médicos, asistentes médicos y enfermeros practicantes, y opera sus propios hospitales e instalaciones ambulatorias. Si elige Kaiser, no tiene la opción de buscar tratamiento fuera de las instalaciones contratadas por Kaiser Permanente, excepto en emergencias.

Detalles del plan médico

	Kaiser Permanente
Deducible por año calendario	
Individual	$1,500
Familiar	$3,000
Máximo de gastos de bolsillo (incluye el deducible)	
Individual	$4,000
Familiar	$8,000
Coseguro	20%
Consultas médicas	
Atención preventiva	Cubierta al 100%
Atención primaria	Copago de $20
Especialista	Copago de $30
Servicios hospitalarios	
Hospitalización	20% después del deducible
Sala de emergencias	20% después del deducible
Atención de urgencia	Copago de $30
Servicios ambulatorios	
Radiografías y análisis de laboratorio	Copago de $10
Cirugía	20% después del deducible

	Kaiser Permanente
Medicamentos recetados	
Genérico	Copago de $10
Formulario/marca	Copago de $30
Fuera del formulario	Copago de $60
Especializado	20% hasta $250

Primas del plan médico

Nivel de cobertura	Semanal	Cada dos semanas	Mensual
Empleado	$32.08	$64.16	$139.02
Empleado + cónyuge	$108.90	$217.79	$471.88
Empleado + hijo(s)	$91.66	$183.33	$397.21
Familia	$148.49	$296.99	$643.47

Las parejas de hecho son elegibles para la cobertura, pero las tarifas están sujetas a ingreso imputado.

Opción de plan médico para miembros del equipo en Hawái

Kaiser Permanente HMO

(Disponible solo para miembros del equipo que residen en Hawái)

Si reside en Hawái, solo es elegible para los planes Kaiser de Hawái. Una HMO es un sistema de atención médica administrada que brinda servicios médicos completos dentro de un área geográfica específica. Hay copagos por servicios como consultas en el consultorio, consultas con especialistas y hospitalización, pero no hay deducibles. Por lo general, los servicios se cubren por completo después de los copagos especificados. Los beneficios se otorgan solo cuando los servicios han sido autorizados o prestados por su Médico de Atención Primaria (PCP). Kaiser Permanente tiene sus propios médicos, asistentes médicos, enfermeros practicantes y enfermeros, y opera sus propios hospitales e instalaciones ambulatorias. Si elige Kaiser, no tiene la opción de buscar tratamiento fuera de las instalaciones contratadas por Kaiser Permanente, excepto en emergencias.

Kaiser HI Core (solo dentro de la red)

	Kaiser HI Core – solo dentro de la red
Deducible anual – individual	$0 (ninguno)
Deducible anual – familiar	$0 (ninguno)
Gastos de bolsillo – individual	$2,500
Gastos de bolsillo – familiar	$7,500
Coseguro	20%
Consulta con PCP	Copago de $15 (18 años o más); copago de $0 (hasta los 17 años)
Consulta con especialista	Copago de $15
Consulta preventiva	$0 (cubierta al 100%)
Servicios quiroprácticos	Copago de $20 (máximo 12 consultas)
Hospitalización	20%
Sala de emergencias	20%
Centro de atención de urgencia	Copago de $15
Servicios ambulatorios	
Radiografías y análisis de laboratorio	Básicos: copago de $15 por día; especializados: 20%
Beneficios de farmacia	
Genérico	Copago de $10 ($3 de venta libre [OTC])
Formulario/marca	Copago de $45

	Kaiser HI Core – solo dentro de la red
Especializado	Copago de $200

Primas del plan médico – Kaiser HI Core

Nivel de cobertura	Semanal	Cada dos semanas	Mensual
Empleado (EE)	$10.14	$20.28	$43.95
EE + cónyuge	$101.42	$202.84	$439.48
EE + hijo(s)	$91.28	$182.55	$395.53
Familia	$157.56	$315.12	$682.76

Las parejas de hecho son elegibles para la cobertura, pero las tarifas están sujetas a ingreso imputado.

Kaiser HI Buy-Up (plan mejorado)

El plan mejorado (*buy-up*) de Kaiser Permanente ofrece mayor flexibilidad y opciones de proveedores, y mantiene el acceso a la atención y los servicios de alta calidad de Kaiser Permanente.

¿Por qué elegir el plan mejorado?

Este plan es ideal para los miembros que quieren la libertad de elegir proveedores dentro y fuera de la red de Kaiser Permanente, con niveles de cobertura que equilibran flexibilidad y costo.

Tres niveles de acceso a proveedores:

- Nivel 1: proveedores de Kaiser Permanente
- Nivel 2: proveedores de la red participante
- Nivel 3: proveedores no participantes

Este plan de Punto de Servicio (POS) ofrece “lo mejor de ambos mundos”: la atención coordinada de Kaiser Permanente con la flexibilidad de consultar a proveedores externos cuando sea necesario.

	Dentro de la red – Nivel 1	Red contratada Nivel 2 y fuera de la red Nivel 3
Deducible		
Individual	$0 (ninguno)	$100
Familiar	$0 (ninguno)	$300
Máximo de gastos de bolsillo		
Individual	$2,000	$2,000
Familiar	$6,000	$6,000
Coseguro	20%	

	Dentro de la red – Nivel 1	Red contratada Nivel 2 y fuera de la red Nivel 3
Consultas médicas		
Atención preventiva	Cubierta al 100%	
Atención primaria	$20	Coseguro/deducible
Especialista	$20	Coseguro/deducible
Atención de urgencia	$15	
Servicios hospitalarios		
Hospitalización	10%	20%
Ambulatorio	10%	20%
Sala de emergencias	$100	
Farmacia – minorista		
Genérico de mantenimiento	$3	20%
Otros genéricos	$10	20%
Marca	$45	20%
Especializado	$200	20%

Primas del plan médico – Kaiser HI Buy-Up

Nivel de cobertura	Semanal	Cada dos semanas	Mensual
Empleado (EE)	$83.68	$167.36	$362.61
EE + cónyuge	$208.03	$416.07	$901.48
EE + hijo(s)	$191.04	$382.08	$827.85
Familia	$352.72	$705.45	$1,528.47

Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)

Una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) es una cuenta de ahorros personal con ventajas fiscales que funciona junto con su Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP). Puede usarla para pagar gastos médicos calificados, como deducibles, copagos y atención dental y de la vista. Para ver una lista completa de los gastos médicos calificados, consulte la Publicación 502 del IRS en www.irs.gov.

Principales beneficios de la HSA

- Su cuenta siempre le pertenece; puede llevársela cuando deje la empresa o se jubile.
- Su saldo pasa de un año al siguiente.
- Sus contribuciones reducen su ingreso sujeto a impuestos.
- La cuenta le ayuda a crear un fondo de ahorro para gastos de salud en caso de emergencias o para la jubilación.

Triple ahorro fiscal

- Deducción de impuestos cuando contribuye a su cuenta.
- Ganancias de inversión libres de impuestos.
- Retiros libres de impuestos para gastos calificados.

Límites de contribución a la HSA para 2027

Nivel de cobertura	Límite
Cobertura individual	$4,500
Cobertura familiar	$9,000
55 años o más	Puede contribuir $1,000 adicionales a estos montos

Cómo abrir una HSA

Trabajamos con Forma para nuestro programa de HSA. Siga estos pasos para abrir una cuenta.

- Seleccione la opción de Cuenta de Ahorros para la Salud durante su inscripción en UKG (antes conocido como UltiPro).

ELEGIBILIDAD PARA LA HSA

Puede abrir una HSA y contribuir a ella si está inscrito en el HDHP de AWP Safety y:

- No está inscrito en un plan PPO tradicional a través de su cónyuge ni en otras opciones de planes patrocinados por un empleador.
- No está inscrito en un programa patrocinado por el gobierno (Medicare, Medicaid, TRICARE, etc.).
- No ha recibido beneficios de Asuntos de Veteranos (VA) en los últimos tres meses (a menos que sea por una discapacidad relacionada con el servicio).
- Nadie lo declara como dependiente en su declaración de impuestos.
- No tiene una FSA para el Cuidado de la Salud; su cónyuge tampoco puede tener una FSA para el Cuidado de la Salud a través de su propio empleador.

Cuentas de Gastos Flexibles (FSA)

Las Cuentas de Gastos Flexibles (FSA) le permiten apartar dinero antes de impuestos de su cheque de pago para cubrir gastos calificados que normalmente pagaría de su bolsillo. Ofrecemos tres tipos de FSA.

FSA para el Cuidado de la Salud

La FSA para el Cuidado de la Salud le ayuda a pagar gastos médicos aprobados por el IRS. La contribución máxima para 2027 es de $3,400*.

Los fondos que elija contribuir a la FSA para el Cuidado de la Salud están disponibles en su totalidad desde el primer día del año del plan. Por ejemplo, si elige contribuir $1,000, el monto total elegido estará disponible desde el primer día. Solo puede abrir una FSA para el Cuidado de la Salud si no está inscrito en un HDHP.

FSA de Propósito Limitado (LPFSA)

La Cuenta de Gastos Flexibles de Propósito Limitado (LPFSA) le permite contribuir dinero antes de impuestos para pagar gastos dentales y de la vista elegibles. La contribución máxima para 2027 es de $3,400**.

Beneficio clave: a diferencia de una FSA tradicional para el Cuidado de la Salud, una LPFSA se puede combinar con una HSA.

FSA para el Cuidado de Dependientes

La FSA para el Cuidado de Dependientes le ayuda a pagar el cuidado de sus dependientes. Puede contribuir hasta $7,500* (o $3,750* si está casado y presenta su declaración por separado) por año del plan. Su cuenta funciona como una tarjeta de débito; debe acumular los fondos antes de poder usarlos.

Úselo o piérdalo

Considere con cuidado los montos de contribución a su FSA para el año del plan. Hasta $680 de los fondos no usados de 2026 pasan a 2027. Perderá cualquier saldo superior a los $680.

** Estos límites están sujetos a cambios. Visite IRS.gov para obtener más información.*
*** Los límites de contribución del IRS pueden cambiar cada año. Consulte las pautas del IRS para conocer los límites más actuales.*

GASTOS ELEGIBLES

FSA para el Cuidado de la Salud

- Copagos de consultas médicas
- Copagos de medicamentos recetados
- Deducibles médicos y dentales
- Medicamentos de venta libre (con receta por escrito)
- Aparatos auditivos
- Anteojos

FSA de Propósito Limitado

- Exámenes, limpiezas, empastes y ortodoncia dentales
- Exámenes de la vista, anteojos, lentes de contacto y suministros para lentes de contacto

FSA para el Cuidado de Dependientes

- Guardería para niños o adultos*
- Guardería infantil (*nursery school*)
- Preescolar (sin incluir el kínder)

** Un dependiente elegible es un hijo menor de 13 años que sea su dependiente para efectos fiscales, o un cónyuge, padre o hijo que sea su dependiente para efectos fiscales y no pueda cuidarse a sí mismo.*

INFORMACIÓN IMPORTANTE

- Para iniciar, detener o cambiar su contribución a la HSA: complete el evento de vida en UKG llamado “Change HSA Contribution (ONLY)” (Cambiar contribución a la HSA [SOLAMENTE]); si tiene preguntas, llame al 844.902.2902.
- Para consultar su saldo, solicitar una tarjeta de débito o invertir los fondos de su HSA: visite joinforma.com o descargue la aplicación de Forma desde la tienda de aplicaciones de su teléfono.

HSA o FSA para el Cuidado de la Salud: ¿cuál es la adecuada para usted?

Las Cuentas de Ahorros para la Salud (HSA) y las Cuentas de Gastos Flexibles (FSA) para el Cuidado de la Salud son dos formas de ahorrar dinero antes de impuestos para pagar sus gastos de salud elegibles. Pero, ¿cómo saber cuál es la adecuada para usted? Se parecen mucho, y necesita conocer sus diferencias.

Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)	Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) para el Cuidado de la Salud
Solo está disponible con un Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP).	Se combina mejor con un PPO.

Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)	Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) para el Cuidado de la Salud
Una HSA es una cuenta bancaria permanente que le pertenece, incluso si deja la empresa o se jubila.	Una FSA solo está disponible mientras usted trabaja activamente en la empresa.
No tiene que usar el dinero de su cuenta de inmediato. Puede ahorrarlo para el futuro.	Debe usar todo el dinero de su cuenta cada año. Pierde lo que no use. (Excepción: puede pasar hasta $680 al año siguiente).
Solo puede usar lo que tenga en su cuenta en ese momento.	Puede usar el monto anual completo en cualquier momento, sin importar cuánto haya en su cuenta.
Puede contribuir a su cuenta. El límite para 2027 es de $4,500 para personas y de $9,000 para familias. Si tiene 55 años o más, puede agregar $1,000.	Solo usted contribuye a su cuenta. El límite para 2027 es de $3,400.
Puede iniciar, detener o cambiar sus montos de contribución en cualquier momento.	No puede hacer cambios durante el año, a menos que tenga un evento de vida calificado.
Puede invertir los fondos de su cuenta una vez que alcance $2,000.	No puede invertir los fondos de su cuenta.
Puede usar su cuenta para pagar gastos médicos, dentales y de la vista.	Puede usar su cuenta para pagar gastos médicos, dentales y de la vista.

Dental

Trabajamos con Delta Dental para ofrecerle seguro dental a usted y a su familia. Visite www.deltadentaloh.com para encontrar proveedores dentro de la red y acceder a diversas herramientas y programas en línea.

	DPPO Básico Dentro/fuera de la red	DPPO Mejorado (Buy-Up) Dentro/fuera de la red
Deducible por año calendario		
Individual	$50	$50
Familiar	$150	$150
Máximo por año calendario	$1,000	$2,500
Coseguro		
Preventivo	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%
Básico	20% después del deducible	10% después del deducible
Mayor	50% después del deducible	40% después del deducible
Ortodoncia		
Reembolso fuera de la red	Percentil 90 de UCR	Percentil 90 de UCR
Coseguro	50% después del deducible	50% después del deducible
Máximo de por vida	$1,000	$2,500
El beneficio aplica a	Hijos	Hijos

UCR = cargos usuales, acostumbrados y razonables (usual, customary and reasonable).

Primas dentales

DPPO Básico

Nivel de cobertura	Semanal	Cada dos semanas	Mensual
Miembro del equipo	$2.27	$4.53	$9.82
Miembro del equipo + cónyuge	$4.77	$9.54	$20.67
Miembro del equipo + hijos	$4.47	$8.93	$19.35
Familia	$7.35	$14.71	$31.87

DPPO Mejorado (Buy-Up)

Nivel de cobertura	Semanal	Cada dos semanas	Mensual
Miembro del equipo	$5.21	$10.43	$22.59
Miembro del equipo + cónyuge	$11.18	$22.36	$48.44
Miembro del equipo + hijos	$9.72	$19.44	$42.11
Familia	$16.42	$32.84	$71.15

CÓMO ENCONTRAR PROVEEDORES DENTRO DE LA RED

Recuerde visitar dentistas dentro de la red para recibir el mayor descuento. También tiene la opción de visitar a un dentista Premier, y sus beneficios serán los de dentro de la red, es decir, sin facturación del saldo.

Para encontrar dentistas dentro de la red, visite www.deltadentaloh.com/findadentist. Seleccione Delta Dental PPO y Delta Dental Premier.

Ejemplos de servicios

- **Preventivos:** exámenes, limpiezas, flúor, radiografías y selladores
- **Básicos:** empastes, extracciones, periodoncia, reparaciones y cirugía oral
- **Mayores:** coronas, incrustaciones, dentaduras postizas e implantes dentales

Visión

Trabajamos con UnitedHealthcare para ofrecerle seguro de la vista a usted y a su familia. Visite myuhcvision.com para encontrar proveedores dentro de la red y acceder a diversas herramientas y programas en línea.

	Dentro de la red	Fuera de la red
Copago		
Examen	Copago de $10	Hasta $40
Materiales	$25 (100% del cargo facturado hasta un máximo de $130)	Hasta $45
Lentes (cristales)		
Monofocales	Copago de $25	Reembolso de hasta $40
Bifocales	Copago de $25	Reembolso de hasta $60
Trifocales	Copago de $25	Reembolso de hasta $80
Lenticulares	Copago de $25	Reembolso de hasta $80
Armazones		
Armazones	Asignación de hasta $130	Hasta $45
Lentes de contacto		
Selección de lentes de contacto cubiertos	100% después de un copago de $25	Reembolso de hasta $125
Otra opción de lentes de contacto	Asignación de hasta $125	Reembolso de hasta $125
Lentes de contacto médicamente necesarios	100% después de un copago de $25	Reembolso de hasta $210
Frecuencia		
Examen	Cada 12 meses	
Lentes	Cada 12 meses	
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)	Cada 12 meses	
Armazones	Cada 24 meses	

Primas de visión

Nivel de cobertura	Semanal	Cada dos semanas	Mensual
Empleado	$1.05	$2.09	$4.53
Empleado + cónyuge	$1.98	$3.97	$8.60
Empleado + hijos	$2.33	$4.65	$10.08
Familia	$3.27	$6.55	$14.19

CÓMO ENCONTRAR PROVEEDORES DENTRO DE LA RED

Recuerde visitar proveedores dentro de la red para recibir el mayor descuento.

Para encontrar proveedores dentro de la red, visite myuhcvision.com o llame al 800.638.3120.

Seguro de vida y de discapacidad

El seguro de vida y de discapacidad se ofrece a través de Prudential.

Seguro de vida básico y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

La empresa le proporciona automáticamente un monto fijo de $50,000 sin costo para usted.

Seguro de vida voluntario para miembros del equipo

Es elegible para comprar seguro de vida adicional en incrementos de $10,000, hasta 5 veces su salario anual y con un beneficio máximo de $500,000. El monto de emisión garantizada es de $200,000.

Seguro de vida voluntario para cónyuge y dependientes

Si elige cobertura de vida voluntaria para usted, también puede elegir cobertura de vida voluntaria para su cónyuge, disponible en incrementos de $5,000 hasta 2.50 veces el salario anual del miembro del equipo (redondeado a los siguientes $5,000), sin exceder el 50% del monto del beneficio del miembro del equipo, hasta $250,000. El monto de emisión garantizada para el cónyuge es de $30,000.

La cobertura de vida para hijos dependientes está disponible en un nivel de cobertura de $10,000. La edad máxima para el seguro de vida de hijos es de 26 años.

¿QUÉ ES LA EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD (EOI)?

La EOI es información sobre su salud que la aseguradora puede requerir para aprobar su cobertura.

Si es elegible por primera vez y no ha rechazado esta cobertura antes, puede elegir hasta el monto de emisión garantizada sin presentar EOI. Es posible que deba presentar EOI si rechazó esta cobertura anteriormente o si elige un monto superior al monto de emisión garantizada.

Para iniciar un formulario de EOI, siga estas instrucciones:

1. Inicie sesión en www.prudential.com/eoi. ¿Es usuario nuevo? Regístrese con el código de la empresa: 73375.
2. Haga clic en “Complete Evidence of Insurability” (Completar evidencia de asegurabilidad).

Inscripción anual limitada: si ya está inscrito, puede aumentar su monto de cobertura dos niveles sin presentar evidencia de asegurabilidad. Si presentó evidencia de asegurabilidad en el pasado y fue rechazada o retirada, es posible que deba presentar evidencia de asegurabilidad.

Discapacidad a corto plazo (STD) voluntaria

Es elegible para comprar un seguro de discapacidad a corto plazo (STD) que reemplace una parte de sus ingresos hasta que se recupere y regrese a trabajar. El plan cubre el 60% de sus ingresos previos a la discapacidad por hasta 13 semanas, con un beneficio semanal máximo de $1,000. Hay un período de espera de 8 días por enfermedad, pero la cobertura por accidente comienza de inmediato.

Discapacidad a largo plazo (LTD) voluntaria

Es elegible para comprar un seguro de discapacidad a largo plazo (LTD) que reemplace una parte de sus ingresos en caso de que no pueda trabajar durante un período prolongado. El plan cubre el 60% de sus ingresos previos a la discapacidad. El beneficio máximo de la cobertura básica es de $5,000 al mes.

Prima mensual del seguro de vida voluntario

Calcule su prima

Rango de edad del empleado	Tarifa de prima de vida para usted	Tarifa de prima de vida para su cónyuge
0–29	$0.060	$0.060
30–34	$0.080	$0.080
35–39	$0.100	$0.100
40–44	$0.150	$0.150
45–49	$0.250	$0.250
50–54	$0.410	$0.410
55–59	$0.660	$0.660
60–64	$0.880	$0.880
65–69	$1.380	$1.380
70–74	$2.400	$2.400
75+	$4.170	$4.170

Tarifa de vida grupal para sus hijos dependientes

Tarifa de prima de vida para hijo(s): **$0.20**. Una sola prima mensual accesible cubre a todos sus hijos dependientes elegibles.

Nota: *para ser elegible para la cobertura, el cónyuge o hijo dependiente no puede estar hospitalizado o confinado en la fecha en que el aumento o la adición deba entrar en vigor; en ese caso, entrará en vigor cuando termine el confinamiento.*

Calcule su costo

Use la tarifa correspondiente de las tablas anteriores para calcular su costo según el monto de cobertura que elija. El siguiente ejemplo calcula el costo mensual para un empleado de 36 años que desea comprar $100,000 de cobertura de seguro de vida a plazo voluntario para empleados.

Paso	Cálculo	Ejemplo	Usted
Paso 1	Usando la tabla anterior, anote la tarifa que corresponde a su edad.	$0.10	
Paso 2	Anote el monto de cobertura deseado en dólares.	$100,000	
Paso 3	Anote el monto de cobertura deseado en incrementos de $1,000. Para calcularlo, divida el monto de cobertura entre $1,000.	$100	
Paso 4	Calcule el costo mensual. Multiplique el Paso 1 por el Paso 3.	$10	

Nota: las tarifas están sujetas a cambios y pueden variar con el tiempo.

Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

Pase lo que pase en su vida, ComPsych® GuidanceResources® está aquí para ayudarle.

Los problemas personales, la planificación de eventos de la vida o simplemente el manejo de la vida diaria pueden afectar su trabajo, su salud y su familia. ComPsych GuidanceResources es un servicio patrocinado por la empresa, disponible sin costo para usted y sus dependientes, que brinda apoyo, recursos e información confidenciales para superar los desafíos de la vida. Esta sección explica cómo puede ayudarle ComPsych GuidanceResources.

ESTAMOS DISPONIBLES LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA

- Llame al: 800.311.4327
- TRS (servicio de retransmisión de telecomunicaciones): marque 711
- En línea: guidanceresources.com
- Web ID de su empresa: GRS311

Orientación confidencial sobre asuntos personales

Su Programa de Asistencia al Empleado (EAP) es un programa de ayuda confidencial para atender los asuntos personales que usted y sus dependientes enfrentan. Este servicio, atendido por profesionales clínicos con experiencia, está disponible por teléfono las 24 horas del día, los siete días de la semana. Un GuidanceConsultant℠ está disponible para escuchar sus inquietudes y referirle a un proveedor local para orientación en persona o a recursos en su comunidad. Llame en cualquier momento por asuntos personales, como:

- Depresión
- Estrés y ansiedad
- Conflictos de pareja y familiares
- Abuso de alcohol y drogas
- Presiones del trabajo
- Duelo y pérdida

Información, recursos y herramientas financieras

Los problemas financieros pueden surgir en cualquier momento, desde manejar deudas hasta ahorrar para la universidad. Nuestros profesionales financieros están aquí para hablar sobre sus inquietudes y darle las herramientas y la información que necesita para manejar sus finanzas, como:

- Ahorro para la universidad
- Preguntas sobre impuestos
- Cómo salir de deudas
- Planificación patrimonial

- Planificación para la jubilación

Información, recursos y consultas legales

Cuando surge un asunto legal, nuestros abogados están disponibles para brindarle apoyo confidencial con información y ayuda práctica y fácil de entender. Si necesita representación, también se le puede referir a un abogado calificado en su área para una consulta gratuita de 30 minutos, con un descuento del 25% en los honorarios legales habituales a partir de entonces. Llame en cualquier momento por asuntos legales, como:

- Divorcio y derecho familiar
- Bancarrota
- Obligaciones de deuda
- Acciones penales
- Asuntos entre arrendador e inquilino
- Demandas civiles
- Transacciones de bienes raíces
- Contratos

Beneficios voluntarios

Los beneficios voluntarios emitidos por The Prudential Insurance Company of America (Prudential) pueden ayudar a proteger su bolsillo y su bienestar.

Un plan médico ayuda, pero los costos pueden acumularse. Los gastos de bolsillo por un accidente, una enfermedad o una hospitalización inesperados pueden ser considerables y afectar sus metas financieras. Los seguros de accidentes, de indemnización hospitalaria y de enfermedades graves pueden darle protección financiera adicional para ayudarle con gastos que su plan médico tal vez no cubra. Tiene cobertura garantizada, sin importar su estado de salud, y no tiene que responder preguntas de salud para inscribirse.

Seguro de accidentes

Este seguro ofrece beneficios por servicios médicos recibidos a causa de una lesión, como:

- Fracturas y dislocaciones
- Visitas a la sala de emergencias
- Aparatos médicos (como muletas)
- Beneficios por servicios de terapia

Nivel de cobertura	Contribución mensual
Empleado	$7.27
Empleado + cónyuge	$12.36
Empleado + hijos	$13.83
Familia	$18.76

Enfermedades graves

Este seguro cubre diversas afecciones, como:

- Cáncer, invasivo o *in situ*
- Ataque cardíaco
- Derrame cerebral
- Más de 5 afecciones infantiles
- Esclerosis múltiple

Primas del seguro de enfermedades graves

Opciones de $10,000, $15,000 o $20,000 de cobertura para usted. Para su cónyuge, puede comprar $10,000 o $15,000.

Edad	Empleado – mensual por cada $1,000	Cónyuge – mensual por cada $1,000 (según la edad del empleado)
Menos de 24	$0.32	$0.32
25–29	$0.43	$0.43
30–34	$0.55	$0.55
35–39	$0.74	$0.74
40–44	$1.11	$1.11
45–49	$1.71	$1.71
50–54	$2.43	$2.43
55–59	$3.30	$3.30
60–64	$4.72	$4.72
65–69	$6.66	$6.66
70+	$6.75	$6.75
Tarifa mensual para hijo(s) por cada $1,000 de cobertura		$0.573

Las primas del cónyuge se basan en la edad del empleado.

Indemnización hospitalaria

El seguro de indemnización hospitalaria le hace pagos directos si usted es hospitalizado. Incluye montos separados para eventos como:

- Ingreso al hospital, incluida la unidad de cuidados intensivos (UCI)
- Beneficio por bebé prematuro y unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN)
- Beneficio por atención en un centro para enfermedades mentales o trastornos nerviosos

Nivel de cobertura	Contribución mensual
Empleado	$25.38
Empleado + cónyuge	$55.51
Empleado + hijos	$40.42
Familia	$73.75

Formas de presentar su reclamación: a través de la aplicación móvil o en línea en mybenefits.prudential.com. Si es usuario nuevo, deberá registrarse con el número de control 73375.

Beneficio por examen de salud

Si está inscrito en los beneficios voluntarios de Prudential, este pago está disponible cada año cuando usted y sus dependientes cubiertos se hacen un examen de detección de salud. Los exámenes cubiertos por su seguro de accidentes, de enfermedades graves o de indemnización hospitalaria emitido por The Prudential Insurance Company of America (Prudential) incluyen los siguientes; para ver la lista completa, consulte su Resumen de Cobertura (*Outline of Coverage*).

- Chequeo médico de rutina
- Examen de la vista
- Examen dental
- Biopsias para detectar cáncer
- Panel de química sanguínea
- Análisis de sangre para determinar el colesterol total
- Análisis de sangre para determinar los triglicéridos
- Análisis de médula ósea
- Resonancia magnética de mama
- Ultrasonido de mama
- Sonograma de mama
- Análisis de sangre del antígeno de cáncer 15-3 para cáncer de mama (CA 15-3)
- Análisis de sangre del antígeno de cáncer 125 para cáncer de ovario (CA 125)
- Análisis de sangre del antígeno carcinoembrionario para cáncer de colon (CEA)
- Doppler carotídeo
- Radiografías de tórax
- Examen testicular clínico
- Colonoscopia
- Hemograma completo (CBC)
- Tacto rectal (DRE)
- Estudio Doppler para detectar cáncer
- Estudio Doppler para detectar enfermedad vascular periférica
- Ecocardiograma
- Electrocardiograma (EKG)

	Seguro de enfermedades graves	Seguro de accidentes	Indemnización hospitalaria
Beneficio por examen de salud	$50	$50	$50

Para obtener más información, visite mybenefits.prudential.com.

LA HISTORIA DE JAIME

El agradable paseo en bicicleta de Jaime da un giro cuando lo atropella un auto y sufre una fractura en el brazo y una conmoción cerebral. Lo llevan en ambulancia al hospital. Sus gastos médicos suman $2,760. Jaime estaba inscrito en el plan de accidentes de Prudential, que le pagó $975 para ayudarle con sus gastos de bolsillo.

Monto pagado a Jaime	
Ambulancia	$225
Sala de emergencias	$150
Fractura de brazo	$450
Conmoción cerebral	$150
Pago total de beneficios directos a Jaime	**$975**

LA HISTORIA DE DONNA

La vida de Donna cambió por completo cuando sufrió un ataque cardíaco, seguido de un derrame cerebral solo un mes después. Ella faltó al trabajo, y también su esposo, mientras la ayudaba a recuperarse. Sus ingresos bajaron y las cuentas se acumularon. Donna estaba inscrita en el plan de enfermedades graves de Prudential, sin exclusiones por condiciones preexistentes y con un beneficio de $20,000 por diagnóstico. Recibió $40,000 cuando su familia más lo necesitaba.

Monto pagado a Donna	
Ataque cardíaco	$20,000
Derrame cerebral	$20,000
Pago total de beneficios directos a Donna	**$40,000**

Protección legal y contra el robo de identidad

Es importante proteger no solo nuestra salud física, sino también nuestra salud digital y financiera. Con un plan de protección contra el robo de identidad de IDShield y un plan de protección legal de LegalShield, puede tener la tranquilidad de saber que su identidad y sus derechos legales están protegidos.

Seguro legal: LegalShield

Los servicios incluyen:

- Consultas y asesoría legal

- Representación en tribunales
- Despacho de abogados proveedor dedicado
- Preparación y revisión de documentos legales
- Preparación de testamentos
- Cartas y llamadas telefónicas en su nombre
- Ayuda con multas por exceso de velocidad
- Acceso legal de emergencia 24/7

Robo de identidad: IDShield

Beneficios ofrecidos:

- Consultas y asesoría sobre identidad
- Investigadores privados con licencia dedicados
- Monitoreo de identidad, crédito y cuentas financieras
- Monitoreo de menores (solo en el plan familiar)
- Restauración completa de la identidad
- Alertas en tiempo real
- Acceso de emergencia 24/7
- Monitoreo de redes sociales y gestión de la privacidad y reputación en línea

Plan	Semanal	Cada dos semanas	Mensual
Solo LegalShield			
Tarifa compuesta	$3.76	$7.52	$16.30
Solo IDShield			
Empleado	$1.72	$3.44	$7.45
Familia	$3.24	$6.48	$14.05
IDShield SI se compra el plan legal			
Empleado	$1.49	$2.98	$6.45
Familia	$2.78	$5.56	$12.05

Cómo ahorrar en gastos médicos

Sepa a dónde ir

Para recibir la atención adecuada cuando la necesita, es importante conocer sus opciones. Puede ahorrar tiempo y dinero si va a un centro de atención de urgencia en lugar de a la sala de emergencias cuando necesite atención de inmediato. Los tres planes médicos tienen costos distintos para los servicios. Si necesita ayuda para decidir a dónde ir, llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación médica.

Tal vez le convenga ir a...	Para atender...
El consultorio de su médico	Chequeos de rutina, atención preventiva, vacunas y manejo de su salud general
Un centro de atención de urgencia	Esguinces, infecciones leves, fracturas menores (como un dedo) o quemaduras leves
La sala de emergencias de un hospital	Afecciones que ponen en peligro la vida, fracturas mayores, dificultad para respirar, dolor de pecho, lesiones graves o quemaduras

Aproveche la atención preventiva

La atención preventiva, como los exámenes físicos, las vacunas, los exámenes de bienestar para la mujer y las pruebas de detección de rutina, es importante para cuidar su salud, porque muchos de los principales factores de riesgo que llevan a afecciones graves se pueden prevenir.

- Conocer sus números, como el nivel de colesterol, la presión arterial, el azúcar en la sangre y el índice de masa corporal (IMC), también puede ayudarle a saber qué necesita hacer para mantenerse sano.
- Ir al médico para un examen físico y otras pruebas preventivas de rutina puede ayudarle a identificar sus factores de riesgo y aprender a manejarlos.
- Los tres planes médicos cubren al 100% la atención preventiva dentro de la red, sin copago ni deducible.
- UnitedHealthcare también ofrece herramientas y recursos para ayudarle a llevar un control de su salud y tener un estilo de vida saludable. Encuentre información en su sitio web: www.myuhc.com.

Sea un consumidor inteligente de servicios de salud

1. **Al inscribirse, piense qué plan médico es mejor para usted.** Tome en cuenta con qué frecuencia va al médico durante el año para decidir si le conviene más el plan Surest, el PPO o el plan con deducible alto.
2. **Ahorre tiempo y dinero usando médicos y farmacias dentro de la red.** Pagará menos de su bolsillo y no tendrá que llenar formularios.

3. **Pida medicamentos genéricos.** Los medicamentos genéricos deben tener los mismos ingredientes activos que sus equivalentes de marca, están aprobados por la FDA y le ahorran dinero.
4. **Use los programas de descuento en medicamentos.** Walmart, Target y la mayoría de las grandes cadenas de supermercados ofrecen cientos de medicamentos genéricos con grandes descuentos. Averigüe si alguno de sus medicamentos genéricos se ofrece gratis o a un costo reducido.
5. **Mantenga sana a su familia y a usted mismo.** Hacer ejercicio, comer bien, manejar el estrés y no fumar son solo algunas formas de prevenir problemas de salud. Aproveche los servicios de salud preventiva que cubre el plan médico. Es más barato prevenir una enfermedad que tratarla.
6. **Vaya a la sala de emergencias del hospital solo en verdaderas emergencias.** Si necesita atención médica cuando su médico habitual no está disponible, considere ir a un centro de atención de urgencia en lugar de a la sala de emergencias de un hospital. A veces es una decisión difícil, pero en caso de un resfriado o un esguince leve, evitar la sala de emergencias puede ahorrarle dinero.

Conozca a "Connie, la consumidora inteligente"

Lección: ¡invertir tiempo en "informarse antes de ir" puede ayudarle a obtener un mejor resultado y a ahorrar dinero!

Su historia: el médico de Connie, el Dr. Conrad, le recomendó una cirugía de reemplazo de cadera. Lo primero que pensó Connie fue hacerse el procedimiento dentro del sistema de salud del Dr. Conrad, el Centerville City Care Center, del que ella y el médico han formado parte durante décadas. Pero como Connie es una consumidora consciente de los costos (¡le encantan las gangas!) y también quiere atención de calidad, investiga a fondo el procedimiento propuesto.

Después de iniciar sesión en el sitio web de UHC (www.myuhc.com), Connie usa la herramienta Care & Cost Finder para revisar alternativas, calificaciones y precios, tal como lo haría cualquier consumidor. Este es un resumen de lo que encontró.

LAS CUATRO LECCIONES PRINCIPALES DEL "CONSUMIDOR INTELIGENTE"

1. **Opciones:** había cuatro opciones dentro de la red donde Connie podía hacerse el procedimiento.
2. **Comodidad:** las 4 opciones estaban a solo 1.1–3.8 millas de distancia.
3. **Costo:** el costo total estimado variaba de $33,000 a $41,400, aunque de todos modos alcanzaría su máximo de gastos de bolsillo.
4. **Calidad:** la calificación promedio iba de 3.0 a 4.0 estrellas.

¡AWP contribuye a su 401(k)!

AWP trabaja con Principal Financial para ayudarle a prepararse para la vida después de su carrera. Ya sea un inversionista nuevo o lleve años ahorrando, siempre es buen momento para pensar en ahorrar para la jubilación. No deje pasar la contribución equivalente (*match*) de AWP a su 401(k). Si es elegible* para la contribución equivalente y no está contribuyendo al menos el 6% a nuestro 401(k), está dejando ir dinero gratis. AWP depositará directamente en su 401(k) una contribución equivalente del empleador del 25% sobre el primer 6% de su contribución. Por ejemplo:

El miembro del equipo contribuye el 6% por cheque de pago	
Su contribución es de	$60
La contribución de AWP (equivalente)	$15
Para una contribución total de	**$75**

Siempre tiene derechos adquiridos (*vesting*) al 100% sobre los fondos que usted contribuye, lo que significa que esos fondos siempre son suyos. Sobre las contribuciones equivalentes de la empresa, adquiere derechos del 50% después de un año y del 100% después de 2 años.

¿Le convienen las contribuciones Roth o las regulares?

La diferencia entre las contribuciones Roth y las regulares tiene mucho que ver con el momento en que paga los impuestos. Decidir cuándo le conviene más pagar impuestos, ahora o después, puede ser complicado, pero podría marcar una diferencia en su jubilación.

Contribuciones regulares a su 401(k) de AWP

- No paga impuestos ahora sobre el dinero que contribuye.
- Sí paga impuestos sobre ese dinero más adelante, cuando lo retira de su 401(k).
- Puede ser una buena opción si cree que su tasa de impuestos bajará en la jubilación.

Contribuciones Roth a su 401(k) de AWP

- Sí paga impuestos sobre la renta ahora sobre el dinero que contribuye.
- No paga impuestos sobre ese dinero más adelante, cuando lo retira de su 401(k), si tiene al menos 59½ años y el dinero ha estado en la cuenta durante al menos cinco años.
- Puede ser una buena opción si cree que su tasa de impuestos será más alta en la jubilación.

** Todos los miembros del equipo en EE. UU. que no estén sindicalizados, en todas las marcas de la familia AWP, son elegibles.*

> **Comuníquese con Principal**
>
> Principal tiene un equipo dedicado para responder sus preguntas al 800.986.3343. Descargue la aplicación de Principal (App Store y Google Play) para administrar su cuenta y tener una experiencia de usuario personalizada.

Información de contacto

Beneficio	Proveedor y número de grupo	Teléfono	Sitio web / correo
Médico	UnitedHealthcare – Grupo #929408	833.404.2736	www.myuhc.com
Médico	Surest – Grupo #1709188	866.683.6440	www.surest.com
Medicamentos recetados de UHC y Surest	Optum Rx	800.765.6830	optumrx.com
Kaiser Permanente HI	Número de grupo 8799	800.966.5955	www.kp.org
Kaiser Permanente CA	SCAL Grupo #230430; NCAL Grupo #603125	800.464.4000	www.kp.org
Telemedicina	UnitedHealthcare		myuhc.com/virtualvisits
Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)	Forma	844.902.2902	joinforma.com
Cuenta de Gastos Flexibles (FSA)	Forma	844.902.2902	joinforma.com
401(k)	Principal – Número de póliza 473063	800.986.3343	www.principal.com/welcome
Accidentes, indemnización hospitalaria y enfermedades graves	The Prudential Insurance Company of America – Número de control 73375	844.455.1002	mybenefits.prudential.com
Dental	Delta Dental – Grupo #10620	800.524.0149	www.deltadentaloh.com/findadentist
Visión	UnitedHealthcare – Grupo #929408	800.638.3120	myuhcvision.com
Vida y discapacidad	The Prudential Insurance Company of America – Número de control 73375	Reclamaciones de discapacidad: 800.842.1718 Reclamaciones de vida: 800.524.0542	
LegalShield e IDShield	Grupo #303193	888.807.0407	benefits.legalshield.com/awp
Preguntas generales sobre beneficios	Pida hablar con el Coordinador de Beneficios de AWP	800.590.9857	awpbenefits@lockton.com
Programa de Asistencia al Empleado	ComPsych – Web ID de su empresa: GRS311	800.311.4327	guidanceresources.com

Avisos del plan de salud de AWP Safety

Índice

1. Aviso de cobertura acreditable de la Parte D de Medicare
2. Aviso completo de la política y los procedimientos de privacidad de HIPAA
3. Aviso general de COBRA
4. Aviso sobre los derechos de salud y cáncer de la mujer
5. Aviso de la Ley de Michelle

> **AVISO IMPORTANTE**
>
> Este paquete de avisos relacionados con nuestro plan de atención médica incluye un aviso sobre cómo se compara la cobertura de medicamentos recetados del plan con la Parte D de Medicare. Si usted o un familiar cubierto también está inscrito en la Parte A o B de Medicare, pero no en la Parte D, debe leer con atención el aviso de la Parte D de Medicare. Se titula “Aviso Importante de AWP Safety Sobre su Cobertura para Recetas Médicas y Medicare”.

1. Aviso de cobertura acreditable de la Parte D de Medicare

Basado en el lenguaje modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), Formulario CMS 10182-CC (revisado el 1 de abril de 2011).

Aviso Importante de AWP Safety Sobre su Cobertura para Recetas Médicas y Medicare

Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual para recetas médicas con AWP Safety y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Además, le menciona dónde encontrar más información que le ayude a tomar decisiones sobre su cobertura para medicinas. Si usted está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicinas recetadas en su área. Información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

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

1. La nueva cobertura de Medicare para recetas médicas está disponible desde el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para Recetas Médicas, o un Plan Medicare Advantage (como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicare para recetas médicas proporcionan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. AWP Safety ha determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida por el Plan de Atención Médica para Empleados de AWP Safety en promedio se espera que pague tanto como lo hará la

cobertura estándar de Medicare para recetas médicas para todos los participantes del plan y por lo tanto es considerada Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad), si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare.

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

Usted puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos la primera vez que es elegible para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable, y no es su culpa, usted será elegible para dos (2) meses en el Período de Inscripción Especial (SEP) para subscribirse en un Plan Medicare de medicinas.

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

Si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados, su cobertura actual con AWP Safety no será afectada. Para la mayoría de las personas cubiertas por el Plan, el Plan pagará primero los beneficios de medicamentos recetados y Medicare determinará sus pagos en segundo lugar. Para obtener más información sobre qué programa paga primero y cuál paga en segundo lugar, consulte la descripción resumida del plan o comuníquese con Medicare al número de teléfono o sitio web que aparecen más abajo.

Si cancela su cobertura actual con AWP Safety y se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, puede ser que más adelante ni usted ni sus dependientes puedan obtener su cobertura de nuevo. Para recuperarla, tendría que volver a inscribirse en el Plan, de acuerdo con las reglas de elegibilidad e inscripción del Plan.

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

Usted debe saber también que si cancela o pierde su cobertura actual con AWP Safety y deja de inscribirse en una cobertura de Medicare para recetas médicas después de que su cobertura actual termine, podría pagar más (una penalidad) por inscribirse más tarde en una cobertura de Medicare para recetas médicas.

Si usted lleva 63 días o más sin cobertura acreditable para recetas médicas que sea por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas, su prima mensual aumentará por lo menos un 1% al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos 19% más alta de lo que la mayoría de la gente paga. Usted tendrá que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, usted tendrá que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

Para más información sobre este aviso o su cobertura actual para recetas médicas...

Llame a nuestra oficina para más información o llame a Kristen Davis, Directora de Compensación Total, al (330) 844-0059. NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. Recibirá el aviso antes del próximo período en el cual usted puede inscribirse en la cobertura de Medicare para recetas médicas, y en caso de que esta cobertura con AWP Safety cambie. Además, usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para más información sobre sus opciones bajo la cobertura de Medicare para recetas médicas...

Revise el manual "Medicare y Usted" para información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual. Tal vez los planes de Medicare para recetas médicas le llamen directamente. Asimismo, usted puede obtener más información sobre los planes de Medicare para recetas médicas de los siguientes lugares:

- Visite www.medicare.gov por Internet para obtener ayuda personalizada.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte su manual Medicare y Usted para obtener los números telefónicos).
- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional que paga por un plan de Medicare para recetas médicas. El Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) tiene disponible información sobre esta ayuda adicional. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en línea en www.socialsecurity.gov por Internet, o llámeles al 1-800-772-1213 (los usuarios con teléfono de texto [TTY] deberán llamar al 1-800-325-0778).

Fecha	1 de enero de 2027
Nombre de la Entidad/Remitente	AWP Safety – Kristen Davis
Contacto – Puesto/Oficina	Directora de Compensación Total (*Director of Total Rewards*)
Dirección	4244 Mt. Pleasant St NW, North Canton, OH 44720
Número de Teléfono	(330) 844-0059

> **Recuerde:** Guarde este aviso. Si se inscribe en uno de los nuevos planes aprobados por Medicare que ofrece cobertura de medicamentos recetados, tal vez necesite dar una copia de este aviso cuando se inscriba a fin de demostrar si mantiene o no una cobertura acreditable y si debe pagar una prima más alta (una penalidad).

Nada de lo que contiene este aviso le da a usted ni a sus dependientes derecho a cobertura bajo el Plan. Su derecho (o el de sus dependientes) a cobertura bajo el Plan se determina únicamente según los términos del Plan.

2. Aviso completo de la política y los procedimientos de privacidad de HIPAA

AWP SAFETY – AVISO IMPORTANTE
AVISO COMPLETO DE LA POLÍTICA Y LOS PROCEDIMIENTOS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CON ATENCIÓN.

Este aviso se le proporciona en nombre de: AREA WIDE PROTECTIVE HEALTH AND WELFARE BENEFIT PLAN*

* Este aviso se refiere únicamente a la cobertura de atención médica que se ofrece bajo el plan.

En el resto de este aviso, a AWP Safety se le denomina la Empresa.

1. **Introducción:** este Aviso se proporciona a todos los participantes cubiertos de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) y tiene el propósito de informarle sobre las obligaciones legales y las prácticas de privacidad de los planes de salud grupales autoasegurados de la Empresa. Si usted participa en algún plan de salud grupal totalmente asegurado de la Empresa, las aseguradoras de esos planes deben proporcionarle un aviso de privacidad aparte sobre sus prácticas.
2. **Regla general:** HIPAA exige que un plan de salud grupal mantenga la privacidad de la información médica protegida, que entregue a las personas avisos sobre las obligaciones legales y las prácticas de privacidad del plan con respecto a la información médica protegida, y que notifique a las personas afectadas después de una violación de seguridad de información médica protegida no asegurada. En general, un plan de salud grupal solo puede divulgar información médica protegida (i) para llevar a cabo el tratamiento, los pagos y las operaciones de atención médica del plan, (ii) de acuerdo con su autorización por escrito, o (iii) para cualquier otro propósito permitido por los reglamentos de HIPAA.
3. **Información médica protegida:** el término “información médica protegida” incluye toda la información médica que identifique individualmente a una persona y que un plan de salud grupal transmita o conserve, sin importar si esa información se conserva en formato oral, escrito o electrónico. La información médica protegida no incluye los registros de empleo ni la información médica de la que se haya eliminado toda la información de identificación individual y respecto de la cual no exista una base razonable para creer que pueda usarse para identificar a una persona en particular.
4. **Uso y divulgación para tratamiento, pagos y operaciones de atención médica:** un plan de salud grupal puede usar la información médica protegida sin su autorización para llevar a cabo el tratamiento, los pagos y las operaciones de atención médica del plan de salud grupal. El plan de salud grupal también puede divulgar información médica protegida a un grupo designado de empleados de la Empresa, conocido como el equipo de privacidad de HIPAA, para llevar a cabo funciones administrativas del plan, incluidos el tratamiento, los pagos y las operaciones de atención médica.
    - Un ejemplo de una actividad de “tratamiento” es la consulta entre el plan y su proveedor de atención médica sobre su cobertura bajo el plan.
    - Algunos ejemplos de actividades de “pago” son la facturación, la gestión de reclamaciones y las revisiones de necesidad médica.
    - Algunos ejemplos de “operaciones de atención médica” son las actividades de manejo de enfermedades y de manejo de casos.
5. **Divulgación para fines de suscripción:** por lo general, se prohíbe que un plan de salud grupal use o divulgue información médica protegida que sea información genética de una persona para fines de suscripción (*underwriting*).
6. **Usos y divulgaciones que requieren autorización por escrito:** sujeto a ciertas excepciones descritas en otras partes de este Aviso o establecidas en los reglamentos del Departamento de Salud y Servicios Humanos, un plan de salud grupal no puede divulgar información médica protegida por

motivos no relacionados con el tratamiento, los pagos o las operaciones de atención médica sin su autorización. En concreto, un plan de salud grupal no puede usar su información médica protegida con fines de mercadeo ni vender su información médica protegida. Cualquier uso o divulgación que no se indique en este Aviso se hará solo con su autorización por escrito. Si usted autoriza una divulgación de información médica protegida, esta se divulgará únicamente para el propósito de su autorización, y usted puede revocarla en cualquier momento. Los formularios de autorización están disponibles con el Funcionario de Privacidad identificado en la sección 23.

7. **Regla especial para la información de salud mental:** por lo general, se obtendrá su autorización por escrito antes de que un plan de salud grupal use o divulgue notas de psicoterapia (si las hubiera) sobre usted.
8. **Usos y divulgaciones que no requieren autorización ni oportunidad de objetar:** un plan de salud grupal puede usar y divulgar su información médica protegida sin su autorización en las siguientes circunstancias:
   - Cuando lo exija la ley;
   - Cuando se permita para actividades de salud pública;
   - Cuando la ley autorice informar a las autoridades públicas sobre abuso, negligencia o violencia doméstica;
   - Cuando la ley lo autorice, a una agencia de supervisión de la salud pública para actividades de supervisión;
   - Cuando se requiera para procedimientos judiciales o administrativos;
   - Cuando se requiera para fines de aplicación de la ley;
   - Cuando se requiera entregarla a un médico forense, examinador médico o director de funeraria;
   - Cuando se divulgue a una organización de obtención de órganos;
   - Cuando se use para investigación, sujeto a ciertas condiciones;
   - Cuando sea necesario para prevenir o reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público, y la divulgación se haga a una persona razonablemente capaz de prevenir o reducir la amenaza; y
   - Cuando lo autorice y en la medida necesaria para cumplir con la compensación de trabajadores u otros programas similares establecidos por la ley.
9. **Norma del mínimo necesario:** al usar o divulgar información médica protegida, o al solicitar información médica protegida a otra entidad cubierta, un plan de salud grupal debe hacer esfuerzos razonables para no usar, divulgar ni solicitar más de la cantidad mínima de información médica protegida necesaria para lograr el propósito previsto del uso, la divulgación o la solicitud. La norma del mínimo necesario no se aplicará a: las divulgaciones a un proveedor de atención médica o las solicitudes de este para tratamiento; los usos o divulgaciones hechos a la persona sobre su propia información médica protegida, según lo permita o exija HIPAA; las divulgaciones hechas al Departamento de Salud y Servicios Humanos; ni los usos o divulgaciones que exija la ley.
10. **Divulgación de información médica resumida:** un plan de salud grupal puede usar o divulgar información médica resumida a la Empresa con el fin de obtener ofertas de primas o de modificar, enmendar o terminar el plan de salud grupal. La información médica resumida resume el historial de

reclamaciones de los participantes y otra información sin datos de identificación específicos de ninguna persona.

11. **Divulgación de información de inscripción:** un plan de salud grupal puede informar a la Empresa si una persona está inscrita en el plan o si se dio de baja de él.
12. **Divulgación al Departamento de Salud y Servicios Humanos:** un plan de salud grupal puede usar y divulgar su información médica protegida al Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar si el plan de salud grupal cumple con los reglamentos de privacidad.
13. **Divulgación a familiares, otros parientes y amigos cercanos:** un plan de salud grupal puede divulgar información médica protegida a sus familiares, otros parientes, amigos personales cercanos y cualquier otra persona que usted elija, si: (i) la información está directamente relacionada con la participación de esa persona en su atención o en el pago de esa atención, y (ii) usted aceptó la divulgación, se le dio la oportunidad de objetar y no objetó, o se puede deducir razonablemente de las circunstancias, según la práctica habitual del plan, que usted no objetaría la divulgación. Por ejemplo, si usted está casado, el plan compartirá su información médica protegida con su cónyuge si este demuestra razonablemente al plan y a sus representantes que actúa en su nombre y con su consentimiento. Su cónyuge podría hacerlo proporcionando al plan su número de reclamación o su número de Seguro Social. De igual manera, el plan normalmente compartirá la información médica protegida de un hijo dependiente (esté emancipado o no) con los padres del hijo. El plan también podría divulgar su información médica protegida a sus familiares, otros parientes y amigos personales cercanos si usted no puede tomar decisiones sobre su atención médica por incapacidad o por una emergencia.

    Por ejemplo, si usted está casado, el plan compartirá su información médica protegida con su cónyuge si este demuestra razonablemente al plan y a sus representantes que actúa en su nombre y con su consentimiento. Su cónyuge podría hacerlo proporcionando al plan su número de reclamación o su número de Seguro Social. De igual manera, el plan normalmente compartirá la información médica protegida de un hijo dependiente (esté emancipado o no) con los padres del hijo. El plan también podría divulgar su información médica protegida a sus familiares, otros parientes y amigos personales cercanos si usted no puede tomar decisiones sobre su atención médica por incapacidad o por una emergencia.

14. **Designación de un representante personal:** usted puede ejercer sus derechos a través de un representante personal con un comprobante adecuado de autoridad (por ejemplo, un poder notarial). El plan de salud grupal conserva la facultad de negar a un representante personal el acceso a su información médica protegida.
15. **Derecho a solicitar restricciones al uso o divulgación de la información médica protegida:** puede solicitar al plan de salud grupal que restrinja (1) los usos y divulgaciones de su información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, los pagos o las operaciones de atención médica, o (2) los usos y divulgaciones a familiares, parientes, amigos u otras personas que usted identifique y que participen en su atención o en el pago de su atención. Sin embargo, el plan de salud grupal no está obligado a aceptar su solicitud y normalmente no la aceptará, salvo en circunstancias especiales. Una entidad cubierta (que no sea un plan de salud grupal) debe aceptar la solicitud de una persona de restringir la divulgación al plan de salud grupal de información médica protegida sobre esa persona si (a) la divulgación tiene como fin llevar a cabo pagos u operaciones de atención médica y

la ley no la exige de otra manera, y (b) la información médica protegida se refiere únicamente a un artículo o servicio de atención médica que la persona (u otra persona distinta del plan de salud en nombre de la persona) haya pagado en su totalidad a la entidad cubierta.

Una entidad cubierta (que no sea un plan de salud grupal) debe aceptar la solicitud de una persona de restringir la divulgación al plan de salud grupal de información médica protegida sobre esa persona si (a) la divulgación tiene como fin llevar a cabo pagos u operaciones de atención médica y la ley no la exige de otra manera, y (b) la información médica protegida se refiere únicamente a un artículo o servicio de atención médica que la persona (u otra persona distinta del plan de salud en nombre de la persona) haya pagado en su totalidad a la entidad cubierta.

16. **Derecho a solicitar comunicaciones alternativas:** el plan de salud grupal atenderá las solicitudes razonables por escrito para recibir comunicaciones de información médica protegida por medios alternativos o en lugares alternativos (como otro número de teléfono u otra dirección postal) si usted manifiesta que la divulgación de otra forma podría ponerlo en peligro. Normalmente, el plan no atenderá una solicitud para recibir comunicaciones de información médica protegida por medios alternativos o en lugares alternativos por motivos distintos de su seguridad, a menos que circunstancias especiales justifiquen una excepción.
17. **Derecho a inspeccionar y copiar la información médica protegida:** tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su información médica protegida contenida en un “conjunto designado de registros”, mientras el plan de salud grupal conserve esa información. Un “conjunto designado de registros” incluye los registros médicos y de facturación de las personas que conserva un proveedor de atención médica cubierto o que se conservan en su nombre; los sistemas de registros de inscripción, pagos, facturación, resolución de reclamaciones y manejo de casos o médico que conserva un plan de salud o que se conservan en su nombre; u otra información que el plan de salud grupal use, total o parcialmente, o que se use en su nombre, para tomar decisiones sobre las personas. La información solicitada se proporcionará dentro de 30 días. Se permite una sola extensión de 30 días si el plan de salud grupal no puede cumplir con el plazo, siempre que se le entregue una declaración por escrito con los motivos del retraso y la fecha en que el plan de salud grupal completará la acción sobre la solicitud. Si se niega el acceso, a usted o a su representante personal se le entregará una negación por escrito que indique el motivo de la negación, una descripción de cómo puede ejercer sus derechos de revisión y una descripción de cómo puede comunicarse con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

    La información solicitada se proporcionará dentro de 30 días. Se permite una sola extensión de 30 días si el plan de salud grupal no puede cumplir con el plazo, siempre que se le entregue una declaración por escrito con los motivos del retraso y la fecha en que el plan de salud grupal completará la acción sobre la solicitud. Si se niega el acceso, a usted o a su representante personal se le entregará una negación por escrito que indique el motivo de la negación, una descripción de cómo puede ejercer sus derechos de revisión y una descripción de cómo puede comunicarse con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

18. **Derecho a enmendar la información médica protegida:** tiene derecho a solicitar al plan de salud grupal que enmiende su información médica protegida mientras esta se conserve en el conjunto

designado de registros. El plan de salud grupal tiene 60 días después de presentada la solicitud para actuar sobre ella. Se permite una sola extensión de 30 días si el plan de salud grupal no puede cumplir con el plazo. Si la solicitud se niega total o parcialmente, el plan de salud grupal debe entregarle una negación por escrito que explique el motivo. Usted puede entonces presentar una declaración por escrito en desacuerdo con la negación y pedir que esa declaración se incluya en cualquier divulgación futura de su información médica protegida.

19. **Derecho a recibir un registro de las divulgaciones de información médica protegida:** tiene derecho a solicitar un registro de todas las divulgaciones de su información médica protegida que haya hecho el plan de salud grupal durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. Sin embargo, no es necesario que ese registro incluya las divulgaciones hechas: (1) para llevar a cabo el tratamiento, los pagos o las operaciones de atención médica; (2) a las personas sobre su propia información médica protegida; (3) antes de la fecha de cumplimiento; o (4) de acuerdo con la autorización de una persona. Si el registro no puede entregarse dentro de 60 días, se permiten 30 días adicionales si a la persona se le entrega una declaración por escrito con los motivos del retraso y la fecha en que se entregará el registro. Si solicita más de un registro dentro de un período de 12 meses, el plan de salud grupal puede cobrar una tarifa razonable por cada registro posterior.

    Si el registro no puede entregarse dentro de 60 días, se permiten 30 días adicionales si a la persona se le entrega una declaración por escrito con los motivos del retraso y la fecha en que se entregará el registro. Si solicita más de un registro dentro de un período de 12 meses, el plan de salud grupal puede cobrar una tarifa razonable por cada registro posterior.

20. **Derecho a recibir una copia impresa de este Aviso si la solicita:** si recibe este Aviso en formato electrónico, tiene derecho a recibir gratis una copia escrita de este Aviso comunicándose con el Funcionario de Privacidad (vea la sección 23).
21. **Cambios en las prácticas de privacidad:** cada plan de salud grupal se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad de vez en cuando por decisión del Funcionario de Privacidad. Se le notificará por adelantado cualquier cambio importante en las prácticas de privacidad del plan.
22. **Su derecho a presentar una queja ante el plan de salud grupal o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos:** si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el plan de salud grupal a la atención del Funcionario de Privacidad de HIPAA (vea la sección 23). También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Hubert H. Humphrey Building, 200 Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20201. El plan de salud grupal no tomará represalias contra usted por presentar una queja.
23. **Persona de contacto en el plan de salud grupal para obtener más información:** si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o los temas que trata, puede comunicarse con el Funcionario de Privacidad.
24. **Tratamiento de trastornos por consumo de sustancias:** el plan de salud grupal puede recibir ciertos registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (SUD) que están protegidos por la ley federal bajo el Título 42 del Código de Reglamentos Federales (C.F.R.), Parte 2 (“Parte 2”). Estos registros están sujetos a protecciones de privacidad más estrictas que las reglas de privacidad de HIPAA. El plan de salud grupal cumplirá con todos los requisitos aplicables de la Parte 2 para proteger, conservar, usar y divulgar cualquier información sobre tratamiento de SUD que reciba. Si

el plan de salud grupal recibe o conserva información sobre SUD protegida por la Parte 2, no puede usar ni divulgar los registros de la Parte 2 a menos que: (i) el plan tenga su consentimiento por escrito que cumpla con los requisitos de la Parte 2; (ii) los reglamentos de la Parte 2 permitan expresamente la divulgación; o (iii) un tribunal emita una orden que cumpla con la Parte 2. Algunos ejemplos de divulgaciones permitidas son las emergencias médicas, ciertas actividades de auditoría o evaluación por agencias autorizadas, u otras circunstancias limitadas que permite la Parte 2. Por lo general, los registros de la Parte 2 no pueden usarse ni divulgarse en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en el que usted sea parte, a menos que usted dé su consentimiento por escrito de acuerdo con los requisitos de la Parte 2, o que un tribunal ordene la divulgación después de seguir los procedimientos que exige la Parte 2. El plan de salud grupal no divulgará ningún registro de la Parte 2 con fines de recaudación de fondos, a menos que primero se le dé una oportunidad clara y visible de optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos. Si los registros de la Parte 2 se divulgan a otra parte, la ley federal puede prohibir que quien los recibe vuelva a divulgar esa información, a menos que la Parte 2 permita expresamente esa nueva divulgación. Según corresponda, usted tiene derecho a: (i) solicitar acceso a sus registros de la Parte 2 que conserve el plan; (ii) solicitar restricciones a las divulgaciones, incluidas las permitidas por la Parte 2; y (iii) revocar su consentimiento a las divulgaciones permitidas por la Parte 2, excepto en la medida en que ya nos hayamos basado en él.

Si el plan de salud grupal recibe o conserva información sobre SUD protegida por la Parte 2, no puede usar ni divulgar los registros de la Parte 2 a menos que: (i) el plan tenga su consentimiento por escrito que cumpla con los requisitos de la Parte 2; (ii) los reglamentos de la Parte 2 permitan expresamente la divulgación; o (iii) un tribunal emita una orden que cumpla con la Parte 2. Algunos ejemplos de divulgaciones permitidas son las emergencias médicas, ciertas actividades de auditoría o evaluación por agencias autorizadas, u otras circunstancias limitadas que permite la Parte 2.

Por lo general, los registros de la Parte 2 no pueden usarse ni divulgarse en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en el que usted sea parte, a menos que usted dé su consentimiento por escrito de acuerdo con los requisitos de la Parte 2, o que un tribunal ordene la divulgación después de seguir los procedimientos que exige la Parte 2.

El plan de salud grupal no divulgará ningún registro de la Parte 2 con fines de recaudación de fondos, a menos que primero se le dé una oportunidad clara y visible de optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos.

Si los registros de la Parte 2 se divulgan a otra parte, la ley federal puede prohibir que quien los recibe vuelva a divulgar esa información, a menos que la Parte 2 permita expresamente esa nueva divulgación.

Según corresponda, usted tiene derecho a: (i) solicitar acceso a sus registros de la Parte 2 que conserve el plan; (ii) solicitar restricciones a las divulgaciones, incluidas las permitidas por la Parte 2; y (iii) revocar su consentimiento a las divulgaciones permitidas por la Parte 2, excepto en la medida en que ya nos hayamos basado en él.

Funcionario de Privacidad

La Funcionaria de Privacidad del Plan, la persona responsable de asegurar el cumplimiento de este aviso, es: Kristen Davis, Directora de Compensación Total, (330) 844-0059.

La(s) Funcionaria(s) Adjunta(s) de Privacidad del Plan es/son: Kristen Davis, Directora de Compensación Total, (330) 844-0059.

Fecha de entrada en vigor: la fecha de entrada en vigor de este aviso es el 1 de enero de 2027.

3. Aviso general de COBRA

Introducción

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

El derecho a la cobertura de continuación de COBRA se creó mediante una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La cobertura de continuación de COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud grupal terminaría de otro modo. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones bajo el Plan y la ley federal, debe revisar la Descripción Resumida del Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Es posible que tenga otras opciones disponibles cuando pierda la cobertura de salud grupal. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos (*Health Insurance Marketplace*). Al inscribirse en una cobertura a través del Mercado, podría calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y en sus gastos de bolsillo. Además, podría calificar para un período de inscripción especial de 30 días en otro plan de salud grupal para el que sea elegible (como el plan de su cónyuge), aunque ese plan generalmente no acepte inscripciones tardías.

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando esta terminaría de otro modo debido a un evento de vida. Esto también se conoce como un “evento calificado”. Los eventos calificados específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento calificado, se debe ofrecer la cobertura de continuación de COBRA a cada persona que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si pierden la cobertura bajo el Plan debido al evento calificado. Bajo el Plan, los beneficiarios calificados que elijan la cobertura de continuación de COBRA deben pagarla.

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

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

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

- Su cónyuge fallece;
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge termina por cualquier motivo que no sea una falta grave de conducta de su parte;
- Su cónyuge adquiere derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
- Usted se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- El padre o la madre empleado(a) fallece;
- Se reducen las horas de trabajo del padre o la madre empleado(a);
- El empleo del padre o la madre empleado(a) termina por cualquier motivo que no sea una falta grave de conducta de su parte;
- El padre o la madre empleado(a) adquiere derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura bajo el Plan como “hijo dependiente”.

¿Cuándo está disponible la cobertura de continuación de COBRA?

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

- La terminación del empleo o la reducción de las horas de trabajo;
- El fallecimiento del empleado;
- Que el empleado adquiera derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos calificados (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge, o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), usted debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores al evento calificado. Debe entregar este aviso por escrito al Administrador del Plan. Cualquier aviso que entregue debe indicar el nombre del plan o planes bajo los cuales perdió o está perdiendo la cobertura, el nombre y la dirección del empleado cubierto por el plan, el nombre o los nombres y la dirección o las direcciones del beneficiario o los beneficiarios calificados, y el evento calificado y la fecha en que ocurrió. El Administrador del Plan le indicará qué documentación debe presentar como comprobante del evento.

¿Cómo se proporciona la cobertura de continuación de COBRA?

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

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación temporal de la cobertura que por lo general dura 18 meses cuando se debe a la terminación del empleo o a la reducción de las horas de trabajo. Ciertos eventos calificados, o un segundo evento calificado durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También existen formas de extender este período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA:

Extensión por discapacidad del período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA
Si el Seguro Social determina que usted o cualquier miembro de su familia cubierto por el Plan tiene una discapacidad y usted lo notifica oportunamente al Administrador del Plan, usted y toda su familia podrían tener derecho a recibir hasta 11 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, para un máximo de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA. Si cree que es elegible para esta extensión, comuníquese con el Administrador del Plan.

Extensión por segundo evento calificado del período de 18 meses de cobertura de continuación
Si su familia tiene otro evento calificado durante los 18 meses de cobertura de continuación de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden recibir hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, para un máximo de 36 meses, si se notifica debidamente al Plan sobre el segundo evento calificado. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y los hijos dependientes que reciben cobertura de continuación de COBRA si el empleado o exempleado fallece, adquiere derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), se divorcia o se separa legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento calificado hubiera causado que el cónyuge o el hijo dependiente perdiera la cobertura bajo el Plan si el primer evento calificado no hubiera ocurrido.

¿Existen otras opciones de cobertura además de la cobertura de continuación de COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros Médicos, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) u otras opciones de cobertura de planes de salud grupales (como el plan de su cónyuge) mediante lo que se conoce como un “período de inscripción especial”. Algunas de estas opciones podrían costar menos que la cobertura de continuación de COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

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

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está trabajando, después del período de inscripción inicial de Medicare tiene un período de inscripción especial de 8 meses[1] para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, que comienza en la fecha que ocurra primero entre:

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

Si no se inscribe en Medicare y en su lugar elige la cobertura de continuación de COBRA, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y que tenga un período sin cobertura si más adelante decide que quiere la Parte B. Si elige la cobertura de continuación de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que termine la cobertura de continuación de COBRA, el Plan podría terminar su cobertura de continuación. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigor en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura de COBRA no podrá suspenderse debido al derecho a Medicare, aunque usted se inscriba en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de la cobertura de COBRA.

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

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

Si tiene preguntas

Las preguntas sobre su Plan o sus derechos de cobertura de continuación de COBRA deben dirigirse al contacto o los contactos que se indican a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos bajo la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las Oficinas Regionales y de Distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga informado a su Plan sobre los cambios de dirección

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

Información de contacto del Plan

Para obtener más información sobre sus derechos de cobertura de continuación de COBRA, comuníquese con el Administrador del Plan:

Kristen Davis
Directora de Compensación Total
4244 Mt. Pleasant St NW
North Canton, OH 44720
(330) 844-0059

[1] https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/sign-up/when-does-medicare-coverage-start

4. Aviso sobre los derechos de salud y cáncer de la mujer

La ley exige que el Plan de Atención Médica para Empleados de AWP Safety le proporcione el siguiente aviso:

La Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 ("WHCRA") ofrece ciertas protecciones a las personas que reciben beneficios relacionados con una mastectomía. La cobertura se proporcionará de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y la paciente para:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos los linfedemas.

El Plan de Atención Médica para Empleados de AWP Safety ofrece cobertura médica para las mastectomías y los procedimientos relacionados mencionados arriba, sujeta a los mismos deducibles y coseguros que se aplican a los demás beneficios médicos y quirúrgicos de este plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y coseguros:

	Dentro de la red	Fuera de la red
PPO $1,500		
Deducible individual	$1,500	$4,000
Deducible familiar	$4,500	$8,000
Coseguro	80%	60%
HDHP $3,500		
Deducible individual	$3,500	$3,500
Deducible familiar	$7,000	$7,000
Coseguro	90%	60%
Surest		
Deducible individual	$0	$0

	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible familiar	$0	$0
Coseguro	N/A	N/A

Si desea más información sobre los beneficios de la WHCRA, consulte el folleto de su póliza o comuníquese con el Administrador del Plan:

Kristen Davis
Directora de Compensación Total
(330) 844-0059

5. Aviso de la Ley de Michelle

(Para acompañar la certificación de condición de estudiante dependiente)

La Ley de Michelle es una ley federal que exige que ciertos planes de salud grupales mantengan la elegibilidad de los hijos dependientes adultos que sean estudiantes de una institución de educación postsecundaria, cuando esos hijos dejarían de considerarse estudiantes elegibles debido a una licencia médicamente necesaria de la escuela. En ese caso, el plan debe seguir tratando al hijo como elegible hasta la fecha que ocurra primero entre:

- La fecha en que se cumpla un año desde el inicio de la licencia médicamente necesaria; o
- La fecha en que la cobertura terminaría de otro modo según el plan.

Para que apliquen las protecciones de la Ley de Michelle, el hijo debe:

- Ser hijo dependiente, según los términos del plan, de un participante o beneficiario; y
- Haber estado inscrito en el plan, y como estudiante en una institución de educación postsecundaria, inmediatamente antes del primer día de la licencia médicamente necesaria.

“Licencia médicamente necesaria” significa cualquier cambio en la inscripción en la institución postsecundaria que comience mientras el hijo padece una enfermedad o lesión grave, que sea médicamente necesario y que cause que el hijo pierda su condición de estudiante para efectos de la cobertura bajo el plan.

Si cree que su hijo es elegible para esta continuación de la elegibilidad, debe entregar al plan una certificación por escrito de su médico tratante que indique que el hijo padece una enfermedad o lesión grave y que la licencia es médicamente necesaria.

Si tiene preguntas sobre la información de este aviso o sobre el derecho de su hijo a la continuación de la cobertura bajo la Ley de Michelle, comuníquese con Kristen Davis, Directora de Compensación Total, al (330) 844-0059.

© 2026 Lockton, Inc. Todos los derechos reservados. [Rev. 10/27/26] AWPIN 27BG [Direct] 8312252.pdf

Esta guía de beneficios solo tiene como propósito destacar algunas de las principales disposiciones de beneficios del plan de la empresa y no debe considerarse una representación completa y detallada del plan. Consulte las descripciones resumidas de los planes para obtener más detalles. Si esta guía difiere de las descripciones resumidas de los planes, prevalecerán las descripciones resumidas de los planes.

Traducción de cortesía. *Esta es una traducción al español de la Guía de Beneficios 2027 (AWPIN 27BG [Direct] 8312252, rev. 10/27/26). Si hay alguna diferencia entre esta traducción y la versión original en inglés, la versión en inglés prevalece.*